

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 184

Contribution à l'Étude

DES

TROUBLES GASTRIQUES

DANS L'ECZÉMA

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL MEYNET

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 11 avril 1870



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 184

Contribution à l'Étude
DES
TROUBLES GASTRIQUES
DANS L'ECZÉMA

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL MEYNET

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 11 avril 1870



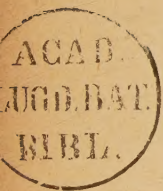
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		X.
Physique médicale		FOCHIER.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAYET.
Chimie organique et Toxicologie		GAI LETON.
Matière médicale et Botanique		PIERRET.
Parasitologie		MONOYER.
Anatomie		HUGOUNENQ.
Anatomie générale et Histologie		CAZENEUVE.
Physiologie		FLORENCE.
Pathologie interne		LORTET.
Pathologie externe		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée		AUGAGNEUR.
Médecine légale		MAYET.
Hygiène		TRIPPIER.
Thérapeutique		POLLOSSON (M.).
Pharmacologie		ARLOING.
		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

▼ PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE.	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VAILLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président ; M. ROUX, Assesseur
MM. SIRAUD et PAVIOT, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce travail à la mémoire vénérée de mon père, le Dr Lucien Meynet, médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon, à la mémoire de mon oncle, le docteur Paul Meynet, médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon.

C'est grâce au souvenir que tous deux ont laissé, que j'ai dû être accueilli avec tant de bienveillance dès le début de mes études médicales.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT PROPOS

C'est en lisant, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, de l'année 1900, le rapport magistral de Brocq sur la question des eczémas que nous avons pris la première idée de ce travail. Dans le chapitre qui traite des causes internes, nous avons été frappé d'un fait que si la plupart des dermatologistes et des médecins sont d'accord sur la fréquence et l'importance des troubles digestifs et du mode d'alimentation dans la genèse de l'eczéma, ils n'apportent, pour la plupart du moins, que cette affirmation, sans aucun contrôle expérimental ou clinique. Il semble, à les lire, que la coïncidence de l'eczéma et des troubles dyspeptiques soit un fait tellement banal qu'il soit à peine besoin de le signaler et tout-à-fait inutile de l'étudier.

Avec juste raison, Sabouraud, au Congrès de Paris, s'élève contre cette indifférence : « Les dia-

thèses, dit-il, sont pour les croyants, choses intangibles et indiscutables ; la cause interne de l'eczéma reste, pour le moment, sans preuves directes de son existence, tout à fait inconnue dans sa nature...

« Nous attendons de voir préciser le trouble de la sécrétion sudorale, le trouble gastrique et urinaire qui doit préexister à l'eczéma. Nous attendons qu'on établisse une parenté chimique quelconque entre les excreta d'individus eczémateurs... Enfin, et pour conclure, l'idée de l'eczéma, maladie diathésique, attend sa confirmation expérimentale. »

Notre excellent ami, le docteur Carle, chef de clinique à l'Antiquaille, nous a encouragé à poursuivre quelques expériences dans le but de préciser quel est l'état habituel de la digestion gastrique chez les eczémateux, nous a proposé de faire de ce point particulier, le sujet de notre thèse inaugurale.

M. le professeur Gailleton, en nous permettant de mettre à profit les ressources de son service, et en nous ouvrant avec beaucoup de bienveillance les portes de son laboratoire, nous a permis de recueillir les quelques observations personnelles suivies de chimismes gastriques qu'on verra figurer au cours de ce travail.

En acceptant la présidence de notre thèse, il nous fait un honneur dont nous sommes fier. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance et l'assurer de notre profond dévouement.

Arrivé aux termes de nos études médicales, nous considérons comme un devoir bien agréable de

remercier nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté.

M. le professeur-agrégé A. Pollosson, chirurgien-major de la Charité, a été notre premier maître en chirurgie. Pendant les deux semestres consécutifs que nous avons passés dans son service en qualité d'externe, il nous a donné les preuves d'un vif intérêt. Depuis, nous avons reçu fréquemment des marques de sa sympathie ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre dévouement.

M. le professeur Lépine, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, nous a donné les premières notions médicales ; nous lui adressons nos respectueux hommages.

Nous remercierons tout particulièrement M. le docteur Bouveret, médecin honoraire des hôpitaux. Nous n'oublierons jamais son dévouement dans des circonstances bien douloureuses. Nous avons eu l'honneur d'être son externe et il nous a toujours traité avec une bienveillance dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

Que M. le docteur Carrier, médecin honoraire des hôpitaux, veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour les leçons qu'il nous a données et pour l'accueil paternel qu'il nous a toujours fait.

M. le professeur Teissier a droit à tous nos remerciements pour l'affabilité qu'il nous a si souvent témoignée.

MM. les professeurs agrégés Paviot, Devic, Collet, Pic, médecins des hôpitaux, nous ont traité plutôt en ami qu'en élève ; nous serions un ingrat de l'oublier.

Merci à tous nos amis : Péhu, Charvet, Pierry, anciens internes des hôpitaux : Carrier, médecin adjoint de l'Hospice de St-Jean de Dieu ; Vallin, Joly, interne des Hôpitaux.

Nous tenons à renouveler ici à notre ami, le docteur Carle, chef de clinique, l'expression bien sincère de notre vive affection et nous lui adressons tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général de la Doctrine des Eczémas

L'eczéma est une maladie ancienne et anciennement connue et, cependant, quand on parcourt la longue série des travaux qu'elle a inspirés, on ne peut se défendre d'être surpris de l'obscurité qui règne encore à son sujet.

Depuis Willan et Bateman, qui, les premiers, essayèrent de donner un sens précis au mot eczéma, les opinions les plus diverses ont été soutenues. Actuellement, si les caractères cliniques de l'affection sont mieux connus, si l'étude de ses lésions, si la recherche de ses causes ont contribué à dessiner, si nous pouvons nous exprimer ainsi, les contours du cadre de l'eczéma, nous devons avouer qu'il règne encore bien des incertitudes et que le mot eczéma lui-même n'a, pour beaucoup d'auteurs, qu'un sens relativement peu précis.

En effet, si, à l'origine, pour Willan et Bateman le mot eczéma désignait le prototype des affections vésiculeuses, on s'aperçut bientôt que les fines vésicules, que la sérosité citrine consécutive à leur rupture pouvaient se montrer en dehors de tout eczéma proprement dit. D'autre part, on constata que certaines affections sèches ou vésiculeuses pouvaient se compliquer, à une période parfois très précoce de leur évolution, de lésions qui, par leur aspect objectif, étaient identiques aux lésions eczémateuses. Enfin on vit que la rougeur, la vésiculation, la desquamation, qui étaient comme les stades successifs de l'éruption eczémateuses typique, peuvent alterner, se combiner dans des proportions variables, l'un des éléments prenant une part prépondérante dans le complexus symptomatique, alors que l'autre en disparaît, sans que, pour cela, le diagnostic d'eczéma puisse être mis en doute. On en conclut alors que l'eczéma pouvait revêtir les aspects les plus divers, et qu'on devait faire rentrer dans ce groupe d'autres dermatoses que les premiers observateurs en avaient écartées. Cette transformation des idées premières fut surtout l'œuvre de Hébra en Allemagne, de Hardy en France, de Wilson en Angleterre.

En somme, une telle confusion était résultée de ces recherches que, comme le fait observer Brocq (1), on pouvait alors, avec un peu de bonne volonté,

(1) BROCC. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1900.

englober toutes les dermatoses dans le groupe des eczémas.

Tel fut l'état des esprits jusqu'à nos jours. La question est, d'ailleurs, encore posée et les deux tendances générales que nous venons de signaler, nous allons les retrouver dans les travaux modernes.

L'Ecole allemande, avec ses nombreuses ramifications en Italie, en Angleterre, en Amérique, continue les traditions de Hébra et range dans un même groupe morbide les eczémas vrais, les lichens vrais des anciens auteurs, les éruptions artificielles à aspect objectif vésiculeux.

Un de ses représentants les plus autorisés, Unna, reprend les idées de Wilson sur les dermatoses eczémateuses et crée un type nouveau, celui de l'eczéma séborrhéique; pour toute la série des éruptions eczémateuses, il donne : 1^o un criterium anatomique, la parakératose; 2^o un critérium étiologique, le morocoque.

La vieille Ecole de Saint-Louis, au contraire, essaie de réagir contre la tendance généralisatrice des auteurs allemands et anglais.

Sous l'impulsion énergique de Vidal, de Besnier surtout, elle s'efforce de préciser dans le groupe confus des affections eczémateuses, des entités morbides définies.

A la faveur de la théorie de l'eczématisation, créée par Besnier, le démembrement des eczémas s'opère peu à peu.

Les idées de Besnier ont exercé une telle influence sur son époque que, bien que nous tenions à être

aussi bref que possible, nous ne pouvons nous empêcher de citer quelques extraits de ses écrits (1).

« Nous proposons le terme d'eczématisation et
« nous l'appliquons pour désigner, à titre général,
« une lésion cutanée extrêmement fréquente, mais
« d'une banalité non moins extrême et qui est
« aujourd'hui tout à fait insuffisante pour caracté-
« riser une maladie... c'est une lésion-symptôme
« dont la valeur séméiologique et les conditions
« étiologiques sont entièrement à reprendre en
« sous-œuvre... Tantôt primitive, l'eczématisation
« est, d'autres fois, secondaire à diverses affections
« classées : pityriasis, psoriasis, séborrhées, hyper-
« hydroses, hyperstéathydroses, prurigos diathési-
« ques, ichthyoses, dermatites de Duhring-Brocq,
« auxquelles elle s'associe ou se superpose et au
« cours desquelles elle peut momentanément occu-
« per le premier plan ».

Les travaux de Besnier ont eu un très grand retentissement et ont contribué, pour une large part, à restreindre le sens précis du mot eczéma et à séparer de l'affection vésiculeuse qu'on est convenu d'appeler ainsi des types cliniques définis. Comme les dermatologistes anciens, dit Brocq, les dermatologistes modernes se partagent en deux groupes.

1^o L'un, de beaucoup le plus important, a des tendances plus ou moins marquées à la généralisa-

(1) BESNIER. — Traitement de l'eczéma (Traité de Thérapeutique de Rolin.

tion ; on pourrait l'appeler le groupe des Wilsonistes, du nom de Wilson qui a, le premier, généralisé le sens du mot eczéma autant qu'il est possible de le faire; l'autre, de beaucoup le plus restreint, cherche à donner au mot eczéma, un sens précis et limité; on pourrait l'appeler le groupe de Wil-
lanistes.

II. — Théories Pathogéniques.

L'étude des dermatoses est entrée, depuis ces dernières années surtout, dans une phase nouvelle. Reconnaisant l'impossibilité de classer scientifiquement ces dermatoses d'après leur configuration et leurs caractères physiques, on a cherché à créer un classement étiologique sérieux. Des opinions très diverses se sont fait jour.

Elles se relient, d'ailleurs, assez intimement aux théories que nous avons brièvement esquissées au sujet de la constitution générale du groupe eczéma.

Notre intention n'est pas d'étudier indistinctement toutes les théories pathogéniques de l'eczéma. L'une d'elles seulement doit faire le sujet de cette étude. Mais, auparavant, nous ferons tout d'abord un exposé rapide des diverses théories qui ont été émises et qui aujourd'hui encore partagent les dermatologistes.

D'une manière générale, elles peuvent se ramener à trois théories principales :

- 1^o La théorie des causes externes,
- 2^o La théorie des causes internes,
- 3^o La théorie parasitaire.

La théorie parasitaire est la plus récente des trois. Si, dans les observations anciennes, on trouve signalés quelques rares faits de contagion, il n'en est pas moins qu'il faut arriver jusqu'à nos jours pour voir ces faits pris en sérieuse considération.

Nouvelle venue, cette théorie ne devrait donc être logiquement traitée qu'après les deux autres qui se sont partagé de tout temps la faveur des dermatologistes ; mais pour ne pas scinder notre étude, nous dirons d'abord quelques mots de la théorie des causes externes et de la théorie parasitaire.

Nous signalerons brièvement les arguments sur lesquelles elles reposent, l'une et l'autre, les objections qui leur ont été faites, puis nous arriverons à l'étude de la théorie des causes internes que nous avons hâte d'aborder.

§ 1. — THÉORIE DES CAUSES EXTERNES.

Elle n'a pas besoin d'être définie. L'eczéma est une dermatose d'origine externe, provoquée par des agents traumatiques et irritants divers et surtout par le grattage.

Willan et Bateman sont les représentants les plus anciens de cette théorie. Bien qu'ils parlent également d'agents irritants d'origine interne, cependant à les bien lire, on s'aperçoit que les

causes externes ont pour eux une importance prépondérante.

De nos jours, l'Ecole allemande s'est fait le défenseur de cette théorie : son plus célèbre représentant Hébra érige en axiome : qu'on peut à volonté, par action d'irritants sur la peau, produire de l'eczéma.

A côté d'Hébra, Kaposi, son élève direct, devenu lui-même un illustre maître, a maintenu dans son enseignement les idées d'Hébra..

Neumann reproduit également les mêmes idées, au moins dans ce qu'elles ont d'essentiel.

Török a repris cette opinion, l'a rajeunie et considère l'eczéma comme un mode spécial de réaction de la peau sous diverses influences, en particulier, sous l'influence d'irritants locaux mécaniques et chimiques.

Tels sont les principaux représentants de la théorie locale.

Pour tous ceux qui, comme Hébra et l'Ecole allemande, ne font pas de distinction entre les affections artificielles vésiculeuses et l'eczéma proprement dit, la théorie des causes externes répond à la très grande majorité des cas.

Pour l'Ecole française, qui sépare nettement les dermatites artificielles des causes externes, de l'eczéma, la théorie locale ne s'applique, au contraire, qu'à un très petit nombre de faits. Sans doute, l'eczéma vrai peut apparaître à la suite de lésions locales de la peau, provoquées par des irritants externes, mais c'est là un fait d'exception et, dans

l'immense majorité des cas, aux causes externes répondent des dermatites artificielles, et ces dermatites ne sont pas des eczémas.

La théorie des causes externes ne peut donc être sérieusement discutée, en tant que théorie pathogénique univoque.

§ 2. — THÉORIE PARASITAIRE

Elle est due tout entière aux travaux de Unna, et c'est au congrès de Birmingham, en 1890, qu'elle vit le jour.

Unna a fondé sa conception de l'eczéma sur deux criterium :

1^o Un criterium anatomo-pathologique : la parakératose ;

2^o Un criterium pathogénique, le morocoque.

Il n'existe pas, à proprement parler, de criterium clinique ; la vésiculation est un caractère habituel, mais non constant,

Nous sommes donc, ici, en présence d'une théorie précise, ou, pour mieux dire, de faits catégoriquement énoncés. Si ces faits sont reconnus authentiques, il ne reste qu'à s'incliner, car une théorie basée sur un double critérium anatomique et pathogénique, tous deux pathognomoniques, s'impose définitivement à l'esprit.

Il n'y a donc pas à discuter, mais à vérifier.

Le parakératose consiste essentiellement en un oedème de l'épithélium de transition ; ce n'est pas un

œdème interstitiel, mais un œdème parenchymateux, constitué par un abondant afflux de liquide dans les cellules épithéliales elles-mêmes.

Cet œdème parenchymateux détermine de véritables anomalies de la cornification et, particulièrement, l'absence de la plupart des stades intermédiaires de ce processus normal. Tout eczéma qui se prolonge aboutit à l'acanthose, c'est-à-dire à la prolifération épithéliale. Enfin, toutes les formes humides de l'eczéma sont caractérisées par ce que Unna appelle l'état spongoïde de l'épithélium, c'est-à-dire par un œdème interstitiel de l'épiderme.

L'existence d'un parasite, probablement d'origine végétale et, dans tous les cas, spécifique, tel est le criterium pathogénique de Unna. Le parasite, c'est le morocoque. Il est l'organisme pathogène de tout eczéma : partout où il y a morocoque, il y a eczéma.

Unna a longuement décrit le morocoque et s'est efforcé de lui trouver des caractères spécifiques soit dans son aspect et dans sa forme, soit dans ses réactions et ses cultures ; il a tenté des inoculations et a pu reproduire des lésions qui, pour lui, caractérisent l'eczéma aigü.

Leredde qui, seul, en France, a adopté la théorie parasitaire de l'eczéma, l'appuie sur les trois faits suivants qu'il considère comme absolument probants :

- 1° L'auto-inoculation de l'eczéma ;
- 2° L'apparition de l'eczéma sur les fissures cutanées ;

3° La multiplicité des causes et l'identité des effets..

La doctrine de Unna a été violemment battue en brèche.

Brocq considère les lésions, regardées comme spécifiques par Unna, comme assez peu précises et en somme, banales; l'état spongoïde ne s'observe pas toujours. Quant à la parakératose, elle est constante, mais ne semble guère pouvoir être considérée comme pathognomonique, car on la rencontre dans un certain nombre de dermatoses qui ne sont pas des eczémas.

La spécificité du morocoque a été violemment attaquée notamment par Török et Sabouraud.

Török est convaincu de la complète identité du morocoque et du staphylocoque doré; il n'y a entre eux aucune différence de coloration, les différences indiquées par Unna entre les cultures du staphylocoque et du morocoque (moindre liquéfaction de la gélatine pour le morocoque...) sont insuffisantes et ne peuvent être prises en sérieuse considération.

En somme, le morocoque, agent différencié, n'existe pas, l'eczéma aigu vésiculeux de Unna n'est qu'un impetigo. Or, comme le morocoque n'existe, d'après Unna, que dans l'eczéma aigu, il s'en suit que s'il existe réellement, il manque précisément dans ce qui constitue l'eczéma vrai.

Sabouraud avoue qu'il est impossible de nier l'existence de parasites microbiens dans les lésions de l'eczéma, mais ils n'existent pas dans toutes ces lésions; le liquide des vésicules en est toujours

dépourvu. D'ailleurs, le morocoque n'a pas la valeur que lui attribue Unna, cet observateur l'a confondu avec le coccus de l'acné nécrotique qui, lui-même, n'est qu'un staphylocoque jaune.

Le morocoque, agent spécifique de l'eczéma, a très probablement vécu.

Les deux critères sur lesquels repose la théorie du maître de Hambourg sont donc tous deux réfutables et, dès maintenant, il n'est plus possible d'édifier une théorie parasitaire de l'eczéma sur ces seules données,

§ 3. — THÉORIES DES CAUSES INTERNES

Ce sont celles qui font jouer, dans la genèse de l'eczéma, le rôle majeur aux troubles généraux, divers de l'organisme.

Les écrits de Rayet sont les premiers où l'on voit poindre toutes les théories de l'eczéma considéré comme une maladie d'origine interne. Il parle d'altérations inconnues des fluides et des solides, de modifications du sang, de prédispositions inhérentes au sujet, de l'influence de l'excitabilité nerveuse, de celle de l'alimentation qui, d'après lui, est toute puissante chez les enfants. Il a vu guérir des eczémas par le seul repos et le régime, et il a fondé la théorie des répercussions et du danger qu'il peut y avoir à faire disparaître trop rapidement un eczéma chronique.

L'admission de causes générales prédisposantes

a été bien mise en lumière par Hardy et par Bazin.

« Il résulte, dit Hardy, que, pour que la maladie (les dartres) se développe, il faut une disposition toute spéciale, un état particulier de l'organisme, une modification constitutionnelle ». C'était évoquer la possibilité d'un trouble préexistant, d'une diathèse, Cette diathèse avait naturellement pris le nom de diathèse dartreuse.

Mais, quelle était la signification du mot dartre ? On comprenait autrefois, sous ce nom extrêmement vague, la plupart des exanthèmes simples, vésiculeux ou pustuleux, mais peu à peu on en restreignit le sens.

En 1874, M. le professeur Gailleton divisait les affections génériques de la peau, au point de vue nosologique, en trois grandes classes : les unes sont symptomatiques de la scrofule, de l'arthritisme, etc. Les autres sont idiopathiques et ne relèvent que d'elles-mêmes : ce sont les dartres.

Le sens du mot dartre se précisait donc de plus en plus ; il n'englobait plus que les dermatoses dites essentielles, c'est-à-dire celles dont les conditions étiologiques échappaient encore à l'observation.

Pour Bazin, l'eczéma n'est point une maladie, c'est un mode spécial de réaction de la peau, sous l'influence des causes les plus diverses ; l'observation clinique, l'analyse des faits lui démontrent cependant qu'il doit exister des prédispositions morbides mal définies qu'il a élevées au rang des

maladies constitutionnelles et dont il a fait l'*Herpétis*.

De plus, Bazin étudie particulièrement l'eczéma et divise cette dermatose en deux grandes classes : les eczémas de causes externes et les eczémas de causes internes, ceux-ci symptomatiques de trois maladies constitutionnelles : l'arthritisme, la scrofule, l'herpétisme, c'est-à-dire l'ancienne dartre.

A côté de ces deux grandes classes, et comme pour leur servir de transition, Bazin signale les eczémas pathogénétiques déterminés par l'ingestion de substances alimentaires ou toxiques. Ce sont, à proprement parler, des eczémas de cause externe, mais dans lesquels la substance irritante, au lieu de modifier directement et par simple contact, la circulation et la nutrition de la peau, agit sur elle tantôt de dedans en dehors par voie d'élimination, tantôt par l'intermédiaire du système nerveux.

Laissant donc de côté les eczémas de cause externe dont nous avons fait justice, en montrant qu'ils n'étaient, le plus souvent, que des dermatoses artificielles sans rapport avec l'eczéma vrai, nous envisagerons seulement l'eczéma de cause interne.

Si nous voulions pousser plus loin l'étude historique détaillée de l'eczéma considéré comme maladie d'origine interne, il nous faudrait auparavant préciser ce qu'il faut entendre par arthritisme, scrofule et herpétisme, ces trois grands mots que tout le monde comprend et que personne ne définit et qui jouissent de la singulière propriété d'englober des quantités de choses et de ne donner sur aucune d'elles une

idée nette. Nous ne voulons pas essayer de définir ce qu'on entend sous ce nom. D'ailleurs, la scrofule et l'herpétis sont bien déçus de leur ancienne splendeur. L'arthritisme lui, a subsisté plus longtemps, c'est encore un de nos contemporains et, rajeuni sous l'épithète de neuro-arthritisme, c'est un des grands facteurs de l'étiologie courante.

Depuis ces dernières années, ces idées de diathèses ont été un peu mises à l'écart, par la venue de données nouvelles plus scientifiques, se basant sur des faits cliniques contrôlés par l'expérimentation.

Ce sont les travaux de Bouchard qui ont marqué ce pas en avant.

Sa conception des maladies par ralentissement de la nutrition, ses recherches sur les auto-intoxications ont jeté une vive lumière sur l'enchaînement des processus pathologiques. Ces idées ont trouvé bientôt leur application dans la sphère de la pathologie cutanée, un grand nombre de dermatologistes : Besnier, Vidal, Leloir, Brocq, etc.), leur sont favorables ; Gaucher s'en montre l'absolu partisan.

De nos jours, Duncan Bulkley doit être considéré comme l'auteur qui a traité la question de l'eczéma de cause interne avec le plus d'autorité. Sa théorie peut être résumée ainsi qu'il suit :

L'eczéma est toujours une maladie constitutionnelle. Pour soutenir cette opinion, Bulkley s'adresse surtout à des arguments d'ordre clinique. Les poussées eczémateuses ont beaucoup de ressemblance, par leur mode de répartition, leur dissémination, leur symétrie et leur superficialité avec les éruptions que

l'on sait être constitutionnelles ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles rappellent le caractère général des affections locales de la peau.

L'histoire clinique des eczémateux est tout à fait contraire à l'idée que l'eczéma est une maladie locale : les localisations de l'eczéma, ses rechutes, son hérédité, la coexistence d'accidents goutteux et lymphatiques, de bronchites spéciales, d'insuffisance des fonctions rénales, toutes ces raisons plaident en faveur de la théorie des causes internes.

Le traitement local des effets réels ; mais ne voit-on pas ces mêmes effets du traitement local se produire dans la goutte, le rhumatisme, la syphilis : d'ailleurs dans l'eczéma, il est le plus souvent insuffisant.

Les maladies purement locales ne sont pas influencées par un traitement général ; or, c'est précisément le traitement général qui donne les meilleurs résultats dans l'eczéma.

Bulkley pense donc pour toutes ces raisons que le véritable eczéma est un état constitutionnel dans lequel des irritants ordinaires donnent naissance à des modifications inflammatoires de la peau, lesquelles forment sans doute un élément important de la maladie, mais ne sont pas plus son seul élément que les éruptions des fièvres éruptives de la lèpre ou de la syphilis constituent toutes ces maladies (Brocq).

L'eczéma est donc une maladie constitutionnelle, mais Bulkley ne donne pas à ce mot l'acception ancienne ; il ne veut pas dire qu'il y ait une humeur

peccante, que l'organisme cherche à éliminer, ni que l'éruption soit en aucune façon curative pour l'organisme ou que la guérison de la dermatose puisse être préjudiciable à la santé générale. Il appelle l'eczéma une maladie constitutionnelle, parce qu'il la considère comme relevant de causes générales internes et à ce titre, il la rapproche de maladies telles que la goutte, le rhumatisme, etc.

Enfin, Bulkley admet trois catégories d'eczémateux :

- 1^o Ceux qui ont un état gouteux.
- 2^o Ceux qui ont un état strumeux.
- 3^o Ceux qui ont un état neurotique.

Bulkley insiste tout particulièrement, sur l'importance de l'état gouteux. Sous ce nom, il entend tous les troubles qu'engendrent une assimilation et une désassimilation défectueuses.

Il étudie ensuite la scrofule, fréquente chez les eczémateux, l'état neuropathique, sur lequel il s'étend longuement.

Enfin, il aborde l'étude des eczémas d'origine réflexe et rappelle, parmi d'autres, les eczémas par irritation gastro-intestinale.

Il signale, à plusieurs reprises, les dangers d'une alimentation mal comprise ou viciée et insiste sur l'importance des dyspepsies dans la genèse des eczémas.

Nous nous bornons momentanément à signaler le fait, nous réservant d'y revenir.

Telles sont, brièvement résumées, les idées de

Bulkley sur les divers modes pathogéniques de l'eczéma. Sa conception peut être considérée comme le prototype de la théorie interne de l'eczéma, la plupart de celles qui ont été émises, n'en constituant en somme, que des variantes.

Nous terminerons par la théorie de Bulkley, l'exposé général de la théorie des causes internes, sur lequel nous ne pouvons insister davantage.

Toutefois, il est une question fort intéressante, dont nous n'avons pas encore parlé, et dont nous tenons cependant à dire au moins quelques mots : c'est la question des alternances et des répercussions.

On désigne sous ce nom un fait clinique que beaucoup d'observateurs ont vu, que quelques-uns contestent. Il consiste dans une sorte de balancement entre les troubles viscéraux et les manifestations cutanées.

Déjà vus par Rayer, ces faits seraient, pour certains auteurs, la règle. Bazin avait créé le terme d'herpétides, et il le faisait servir indistinctement aux manifestations viscérales (herpétides internes ou viscérales), et aux manifestations cutanées (herpétides externes). Ces deux variétés d'herpétides sont de véritables équivalents pathologiques pouvant se succéder et se remplacer, et ayant les unes avec les autres des rapports tels, que la suppression brusque de l'une, accidentelle ou thérapeutique, peut entraîner des troubles graves, par exagération d'intensité de l'autre.

Hardy avait également observé ces manifestations coordonnées; elles résultaient, pour lui, d'une seule

et même cause diathésique, mais il n'a pu constater que çà et là un balancement direct entre l'éruption cutanée et l'éruption interne. Brocq fit un pas de plus dans cette voie. Non seulement il constate le fait des alternances entre les manifestations cutanées et certaines manifestations viscérales, mais il en conclut que dans beaucoup d'eczémas, spécialement chez les sujets atteints de bronchite, de dyspepsie, chez les arthritiques, les névralgiques, dans le mal de Bright, il faut procéder au traitement local avec beaucoup de prudence.

Gamberini admet également la possibilité des alternances et la formation des métastases dans les organes internes.

Gaucher, se rattachant directement à la théorie de Bazin, sur l'importance des altérations humorales pour l'étiologie des dermatoses, considère l'eczéma et les affections voisines comme des métastases chimiques; il place sur le même rang les affections humorales des eczémateux et celles des goutteux, des diabétiques et des urémiques. Il insiste sur les dangers qu'il y a à guérir un eczéma ancien; l'inflammation cutanée étant en quelque sorte une voie d'élimination du principe toxique de la nutrition viciée. Si cette voie est fermée, la matière toxique se porte ailleurs, sur les organes internes, en déterminant des complications de toutes sortes.

Nous en avons maintenant terminé avec la théorie des causes internes, envisagée en général. Par le rapide exposé que nous en avons fait, on voit com-

bien sont nombreux les troubles viscéraux qu'elle met en cause.

Il n'est pour ainsi dire pas un des grands appareils de l'économie qui n'ait été incriminé.

Une étude complète des causes internes de l'eczéma nécessiterait l'examen clinique de tous les organes, l'étude physique et chimique de toutes les sécrétions, l'examen complet du sang.

Par elle-même, la conception de l'eczéma considéré comme maladie d'origine interne, soulève donc une telle complexité de problèmes à résoudre que, forcé de nous limiter, nous négligerons la plupart des éléments de cette grande question et que nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude des fonctions digestives chez les eczémateux.

Ce n'est pas que nous ayions l'ambition d'édifier une théorie gastrique de l'eczéma; une pareille tâche est trop au-dessus de nos forces pour que nous essayions de l'entreprendre.

Nous voulons seulement essayer de préciser en quoi consistent dans la majorité des cas, ces troubles digestifs, quel est l'état habituel de la motilité et de la sécrétion gastriques dans l'eczéma et, si nous le pouvons, essayer de préciser les rapports qui unissent les troubles gastriques, d'une part, les poussées eczémateuses d'autre part.

CHAPITRE II

Etude des troubles gastriques dans l'eczéma.

L'importance du mode d'alimentation et la fréquence des troubles dyspetiques chez les eczémateux n'avaient pas échappé aux anciens observateurs.

Au début de ce siècle Lorry avait déjà affirmé la relation entre les maladies cutanées et les affections de l'estomac : « *Primarium forsitan cum cute consensum obtinet ventriculus. Non enim inanditum est, nec rarum immissio intra ventriculum corpore irri-* »
« *tante illico cutem pustulis aut saltem papulis detur-* »
« *pari, atque vitiari aut saltem pruritus enormis* »
« *experiri, quod non una vice accidisse viderunt me-* »
« *dici* ».

Stoll (1) n'était pas moins catégorique, il n'hési-

(1) Stoll, *Ratio medendi*.

tait pas à dire: « *Genesim efflorescentiarum in sordibus septemATICI gastrici quoere, fere, semper debere* ».

Plus tard, Alibert, Biett, Gibert, montrent l'importance du régime dans le traitement des dermatoses.

Gibert s'exprime ainsi : « Les excès de table, « l'abus des liqueurs spiritueuses, des mets épicés, « des substances excitantes, des salaisons, des « viandes avariées, de la venaison, de la charcuterie « sont les causes fréquentes des affections cutanées. . . . un peu plus loin il dit encore : « L'acné « comme les autres maladies de la peau est liée à « l'existence d'une affection interne et surtout à celle « de quelque lésion digestive ».

Bazin est frappé par la fréquente coïncidence de la dyspepsie et des dermatoses, il ne croit pas qu'il y ait entre elles aucun rapport de cause à effet et il en fait des manifestations parallèles de l'*arthritisme*.

Erichsen analyse 97 cas d'acnés et trouve dans 74 d'entre eux des désordres gastriques ou intestinaux, il s'appuie sur cette constatation pour étendre cette influence des dyspepsies aux autres dermatoses.

Bulkley insiste, entre autres causes déjà signalées, sur les imperfections de la digestion, la constipation, la diarrhée, comme causes fréquentes des poussées eczémateuses. L'alimentation défectueuse est un des facteurs les plus fréquents de l'insuffisance de l'assimilation : les excès de boissons ou de nourriture, la mauvaise qualité des aliments habituels interviennent avec une fréquence toute particulière chez les enfants en bas âge. Il fait remarquer

que presque toujours en Amérique, la mère qui allaite son enfant consomme trop de thé, parfois même trop de bière, d'ale ou de vin. Il pose en principe que la nourriture de l'enfant ne doit pécher ni par excès, ni par défaut, ni par qualité. L'alimentation mixte donnée trop tôt a souvent pour conséquence l'apparition d'un eczéma. Les gâteaux qu'on prodigue parfois aux enfants de la classe aisée sont fréquemment la cause des poussées eczémateuses.

A côté de l'alimentation défectueuse et particulièrement chez les adultes, Bulkley incrimine toute une série de troubles divers, en particulier l'hypochlorhydrie, la constipation, les troubles gastro-hépatiques.

Au sujet des troubles dyspeptiques, Bulkley insiste sur cette vérité, malheureusement assez peu connue, et dans tous les cas peu pratiquée, c'est que l'on mange trop et que l'on élimine pas assez, par défaut d'exercice physique.

Corlett, soutient qu'il faut un régime alimentaire mixte et bien réglé pour éviter les poussées eczémateuses, prurigineuses ou urticariennes.

Milian et Comby considèrent les eczemas, particulièrement les eczemas infantiles comme presque toujours secondaires à des troubles récents ou invétérés de l'alimentation.

Janin étudie les effets de l'alcoolisme sur les fonctions génériques de la peau. Il rappelle que Bazin, dans les observations qui font suite à son traité des affections de la peau, rapporte un cas d'eczéma rubrum, de cause alcoolique.

Janin a recueilli plusieurs observations de ce genre.

Quatre ont trait à l'eczéma vrai.

La facilité avec laquelle celui-ci se développe sous l'influence de l'alcoolisme s'explique très bien quand on sait que cette affection, étant le type des maladies inflammatoires de la peau, ne pouvait manquer de répondre à l'existence d'une cause dont l'effet principal est de déterminer une congestion des téguments.

Telle n'est pas l'opinion de Lancereaux, qui dans son article du Dictionnaire encyclopédique, attribue à la malpropreté, au défaut de soins, la fréquence de l'eczéma dans les classes pauvres, et rejette l'influence de l'alcoolisme.

En Allemagne même, Schweninger s'est fait le défenseur des mêmes idées : il accorde une grande confiance au régime, non seulement pour l'amélioration et la guérison des eczémas, mais encore pour les prévenir : le régime doit être spécial et rationnel et non invariable pour tous. Le régime lacté ou le régime de Banting donné invariablement à tous les eczémateux a souvent des effets fâcheux.

Schoemacker reconnaît à l'eczéma des enfants quatre causes principales :

- 1^o Une nourriture insuffisante ou mal appropriée.
- 2^o Une affection du tube digestif.
- 3^o Des troubles de l'excrétion urinaire.
- 4^o Des irritations extérieures.

Tenneson est convaincu qu'on mange trop, il demande qu'on régularise la nourriture des eczémateux comme quantité.

Jamieson divise les causes de l'eczéma en causes prédisposantes qui sont d'origine interne et en causes excitantes, lesquelles sont externes.

Parmi les causes d'origine interne, il signale tout particulièrement, *un trouble de la balance entre la digestion, l'assimilation et la désassimilation*. Ce qui survient le plus souvent, c'est le défaut d'excrétion ; on doit signaler aussi la mauvaise élaboration des substances alimentaires par les sucs digestifs.

On appelle parfois eczémas goutteux, ceux qui coïncident avec des digestions imparfaites. L'abus du thé prédispose à l'eczéma en viciant les fonctions de désassimilation.

Duhring énumère les causes constitutionnelles de l'eczéma et surtout les affections du tube digestif ; la dyspepsie, la constipation, les erreurs de régime ont une influence marquée surtout chez les enfants.

Carrier insiste également sur l'importance comme cause interne d'eczéma des excès de nourriture ou de la mauvaise qualité des ingesta habituels. Il recommande de surveiller le lait de la mère, son alimentation, le mode d'allaitement de l'enfant : quand il est sevré, on doit lui refuser tout ce qui est lourd et indigeste, les pâtisseries, les bonbons, les sauces.

Marfan a étudié de plus près encore l'influence de ces divers facteurs sur la production des eczémas

infantiles : il distingue deux variétés cliniques d'eczémas chez l'enfant en bas âge.

La 1^{re}, eczéma séborrhéique, atteint surtout les enfants nourris au sein, mais sans aucune règle : ce sont le plus souvent des enfants voraces, des suralimentés, ils ont des régurgitations, des évacuations très abondantes, mais ils ne gardent pas de troubles digestifs durables.

La 2^e forme, eczéma sec à placards disséminés, atteint particulièrement les enfants nourris au biberon avec addition de divers aliments; le lait est le plus souvent de mauvaise qualité, non stérilisé, les biberons malpropres, etc..

Ces enfants présentent de la dyspepsie gastro-intestinale chronique, des vomissements; ils ont un gros ventre, leur état général est mauvais. En somme pour Marfan, les troubles gastro-intestinaux par écarts de régime sont, chez l'enfant en bas âge, la cause essentielle des eczémas.

Lallier insiste de même sur ce point que l'alimentation ne saurait être trop surveillée. Le trouble des fonctions digestives que l'alimentation défectueuse entraîne est une des causes les plus fréquentes des affections cutanées. Certains aliments doivent être absolument proscrits chez les eczémateux : les coquillages, les poissons de mer, les viandes salées et fumées, la grosse venaison, les sauces de haut gout, l'usage exagéré de boissons alcooliques, de certaines boissons excitantes, thé, café noir etc.

Les règles à cet égard ne sont pas les mêmes

dans la classe riche ou aisée et dans la classe ouvrière vouée aux travaux manuels. Chez ces derniers, l'alimentation pêche surtout par la qualité inférieure et par l'abus des boissons travaillées, sinon frelatées. Chez les premiers une existence oisive, plantureuse, donne souvent lieu à des manifestations cutanées, ou du moins les entretient. « Si les excès allant, dit-il, jusqu'à la perte de la raison y sont plus rares, les bons diners arrosés de vins généreux d'espèces diverses, les veilles au théâtre ou dans les soirées, l'absence d'un exercice suffisant au grand air ne sont pas moins fâcheux ».

Millon, dans un article de la médecine infantile de 1894, insiste également sur l'importance de l'alimentation régulière. Dans la majorité des cas, les dermatoses infantiles (eczéma, urticaire, prurigos chroniques, etc.) doivent être attribués cliniquement à des troubles de nutrition.

La suralimentation et l'alimentation vicieuse sont les deux facteurs étiologiques des efflorescences cutanées. L'une et l'autre occasionnent des troubles gastro-intestinaux assez marqués (dyspepsie, dilatation de l'estomac, diarrhée, tympanite intestinale. Les substances alimentaires séjournant dans les voies digestives y subissent des fermentations anormales et, par suite d'un chimisme incomplet, des produits toxiques s'accumulent dans l'organisme, leur élimination se fait par la peau aussi bien que par le rein. Or, il est prouvé que ces substances peuvent déterminer des lésions rénales, il

est donc permis de supposer qu'elles peuvent également produire des lésions cutanées.

Les indications thérapeutiques découlent de ce fait : Surveiller l'hygiène alimentaire de l'enfant. On devra régulariser les tétées, les écourter s'il en est besoin ; s'enquérir du lait de la nourrice chez l'enfant nourri au sein ; préconiser le lait stérilisé chez l'enfant élevé au biberon ; il faut empêcher les enfants de boire du vin, du café. Les alcalins donneront de bons résultats chez les enfants dont la peau est sensible. On activera les fonctions cutanées par les bains, le massage, les frictions. Le traitement local n'a qu'une importance secondaire.

Bouchard, dans ses leçons sur les auto-intoxications insiste sur les auto-intoxications qui ont le tube digestif comme point de départ : elles peuvent s'observer dans les diarrhées chroniques, le cancer de l'estomac et de l'intestin, dans les dyspepsies chroniques, et par-dessus tout, dans la dilatation de l'estomac.

Celle-ci doit toujours être recherchée, elle n'est pas toujours facile à déceler, car elle peut exister sans déterminer de sensations anormales, sans accident dyspeptique ou gastralgique.

Bouchard a constaté sur près de 400 malades des accidents de la nutrition générale et des troubles des émonctoires.

L'eczéma a été noté par lui 13 fois environ sur 100 cas ; et ce n'est pas la seule dermatose qu'il ait rencontrée, car il signale comme tout aussi fré-

quents le pityriasis capitis, le pityriasis presternal, l'urticaire, l'acné.

Il semble découler de l'existence de tant de troubles fonctionnels et organiques chez les personnes atteintes d'une dilatation d'estomac, que celle-ci crée dans l'organisme une aptitude particulière de tissus à s'enflammer, et des perversions de la nutrition, d'où résultent la fragilité de quelques-uns et les modifications morphologiques de quelques autres.

Bouchard représente le tube digestif, et notamment l'estomac, comme un appareil d'une dignité fonctionnelle considérable : à ce point de vue, il prime tous les autres ; le rein lui-même ne vient qu'en seconde ligne.

Le dérangement de l'estomac dérange tout l'intestin. Il introduit dans l'organisme toute la substance solide et liquide, tout sauf l'oxygène, et avant d'introduire définitivement cette substance, il l'élabore. Comment son mauvais fonctionnement ne retentirait-il pas sur tout l'organisme ?

Certaines personnes veulent bien admettre la réalité de l'assemblage symptomatique complexe qu'on rencontre dans la dilatation de l'estomac, mais elles ne considèrent pas que tous ces symptômes associés soient subordonnés à l'estomac ; il y aurait enchaînement mais non subordination. Et, comme certains de ces symptômes, l'eczéma en particulier, avec bien d'autres d'ailleurs, rappellent l'arthritisme ; comme d'autre part, cet état crée des dyspepsies accompagnées d'un certain degré d'ato-

nie gastrique, on s'est appuyé sur cette coïncidence pour dire que la dilatation de l'estomac n'est qu'une conséquence de l'arthritisme, comme les troubles cutanés, nerveux, viscéraux et autres qui l'accompagnent.

Bouchard refuse de se rallier à cette opinion : l'assemblage de symptômes qu'on retrouve dans la dilatation de l'estomac n'est que la menue monnaie de l'arthritisme : ce sont des désordres qui peuvent apparaître en dehors de lui ; ce ne sont pas les signes fondamentaux de la diathèse. Ceux-ci, manquent le plus souvent ; le diabète et la goutte, par exemple, n'ont pas été observés par Bouchard, la dilatation de l'estomac est rare au contraire chez les diabétiques et les gouteux. D'autre part, la dilatation de l'estomac est très fréquente dans la clientèle hospitalière, puisque, dit Bouchard, sur dix estomacs on en trouve trois dilatés et cependant la classe pauvre est moins prédisposée à l'arthritisme que la classe aisée.

Pour toutes ces raisons, il ne semble pas qu'il faille refuser à la dilatation d'estomac elle-même le droit de créer les troubles qui l'accompagnent.

Bouchard examine ensuite un certain nombre de types cliniques, créés par l'association de divers troubles à la dilatation de l'estomac.

Un des plus intéressants est le type cutané. La peau ne réagit pas toujours de la même manière à l'intoxication déterminée par les fermentations acides dont l'estomac est le siège : tantôt on observe l'acné, tantôt l'urticaire, tantôt enfin l'eczéma.

L'opinion de Bouchard devait être donnée un peu en détail, non seulement à cause de l'autorité qui s'attache à son nom, mais encore et surtout parce que la leçon que nous avons résumée renferme toute la question des rapports qui unissent l'estomac et les dermatoses. Bouchard insiste surtout sur la dilatation de l'estomac. Nous croyons que l'atomie gastrique, qui précède si souvent la dilatation, mais qui peut cependant être seule en cause pendant longtemps, que l'atonie gastrique, disons-nous, est susceptible de donner lieu aux mêmes troubles. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point intéressant.

Robin et Leredde ont également étudié le rôle des dyspepsies dans la genèse des dermatoses. Ils rappellent d'abord la magistrale communication faite en 1696 au Congrès de Londres par Besnier.

Dans cette communication, Besnier donnait une importance primordiale au phénomène prurit et appelait prurigo toute dermatose dont le prurit constitue le symptôme prédominant. Les éruptions diverses, papuleuses, lichenoïdes ou eczématoïdes qui viennent se greffer sur le prurit ne sont que des éléments accessoires, contingents : elles sont provoquées par le grattage et les excitations extérieures. Le prurit initial nécessite l'existence préalable d'altérations sanguines directes ou indirectes : ainsi les prurigos ne seraient que des toxidermies ou des auto-toxidermies.

Il ne manquait plus à cette conception très haute d'un des groupes dermatologiques les plus impor-

tants, que la recherche de l'origine de la toxidermie; ce sont ces recherches que Robin et Leredde ont entreprises.

Robin déclare que le nombre des dyspeptiques atteints de maladies de la peau est considérable.

Il admet que sur quatre dyspeptiques, il y en a au moins un qui présente des accidents cutanés.

Robin et Leredde ont dépouillé 422 observations de dyspeptiques adultes ayant des troubles gastriques très divers; chez 129 malades, il existait des troubles fonctionnels ou des lésions de la peau; les auteurs ont noté l'acné chez 30 malades, l'eczéma 27 fois, dans plusieurs cas l'eczéma présentait le type séborrhéique, l'hyperhydrose 27 fois, l'urticaire à répétition 6 fois, le prurigo persistant sans *eczématisation* 4 fois, etc., etc. La fréquence de l'acné, de la furonculose, de l'urticaire est un fait démontré depuis longtemps. Il n'en est pas de même pour l'eczéma. Robin trouve que l'eczéma dyspeptique n'a pas été mis suffisamment en relief; l'importance pathogénique de la dyspepsie s'est noyée dans une étiologie déjà bien changée.

Cette première constatation de la fréquence des affections cutanées chez des dyspeptiques avait, comme le fait remarquer Robin, des allures de statistique purement arithmétique.

Dans une deuxième série de recherches, Robin et Leredde ont entrepris d'étudier systématiquement chez des individus atteints de telle ou telle affection cutanée, l'état clinique du tube digestif, puis le chimisme *stomacal* et cela même quand les malades

n'accusaient aucun symptôme que l'on pût rapporter à une gastropathie.

Parmi les affections que les auteurs ont étudiées, citons en première ligne le *prurigo*, puis l'acné et le lichen circonscrit.

Sous ce vocable de prurigo, ils ont compris le *prurigo de Hébra*.

Le *prurigo diathésique* de Besnier.

Le *prurigo* bénin de l'enfant et de l'adulte.

Le lichen simple aigu.

L'eczéma chez des malades présentant du prurit cutané persistant entre les attaques eczématisques et des séro-papules associées à l'eczéma.

Chez plusieurs de ces malades, qui n'accusaient aucun trouble gastrique, Robin et Leredde ont toujours trouvé des altérations du chimisme gastrique, les uns étaient *hypersthéniques*, les autres *hyposthéniques* ; le plus grand nombre n'avaient que des modifications assez minimes de la chlorhydrie physiologique, mais ce qui existait chez tous, sans exception, c'étaient des fermentations.

L'acide lactique est à peu près constant, il dépasse 1 gr. par litre et atteint jusqu'à 2, 88 : normalement, une heure après le repas d'épreuve l'acide lactique se rencontre bien dans le liquide extrait de l'estomac, mais c'est toujours à doses faibles et n'atteignant jamais les chiffres précédents.

L'acide butyrique existait chez vingt-huit malades. Cet acide, on ne le rencontre jamais ou presque jamais dans les digestions physiologiques.

Cliniquement Robin et Leredde ont vu que tous

ceux de leurs malades qui n'accusaient aucun trouble digestif, offraient l'ensemble symptomatique des dyspepsies par fermentations.

C'est ce qui explique que l'estomac soit souvent silencieux. En effet, les dyspepsies par fermentation ne se révèlent par des signes que si les acides de fermentation atteignent un taux très élevé, ou si la sensibilité gastrique est exagérée; les affections gastriques par excès de sécrétion, au contraire, sont très rarement latentes et elles n'échappent pour ainsi dire jamais, à cause des symptômes qu'elles engendrent, à l'attention des malades et du médecin.

Ces recherches éclairent vivement la pathogénie des prurigos.

Mètra avait vu que le prurigo s'observe chez les individus pauvres et mal nourris dès l'enfance, il insiste sur l'influence d'une mauvaise hygiène, de la misère physiologique et la tuberculose. Brocq le considère comme un métissage de lymphatisme, d'arthritisme et de nervosisme et attribue à tous les facteurs de ces états mal définis une importance réelle. Feulard insiste sur les troubles gastriques et les fautes de régime à l'origine du prurigo de l'enfant. Comby partage cette opinion. Enfin Besnier a cliniquement deviné la nature vraie de ce prurigo en en faisant une toxidermie et en déclarant que les causes de cette toxidermie sont les fermentations gastriques d'une part, l'insuffisance de la dépuration urinaire d'autre part.

Robin et Leredde fournissent la preuve de la

première partie de cette proposition en démontrant la constance des fermentations gastriques chez les prurigineux au point, disent-ils, que la constatation d'un prurigo permet d'affirmer l'existence d'une dyspepsie.

Si, chez l'adulte, la relation de l'eczéma et des troubles gastriques est presque constante, elle est la règle chez l'enfant. En ce qui concerne l'eczéma vésiculeux vulgaire en particulier, son origine gastro-intestinale est hors de doute.

Cette forme d'eczéma est celle qui se rencontre chez les enfants pendant l'allaitement et à la suite de sevrage. Elle atteint aussi bien les enfants nourris au sein que les enfants élevés au biberon mais dans les deux cas, si l'eczéma survient, c'est qu'il y a eu faute de régime.

Parfois c'est le lait de la nourrice qu'il faut incriminer, soit qu'il pêche par défaut de qualité, lait trop gras, par exemple, soit par excès de quantité.

D'autres fois, le lait de la nourrice présente toutes les conditions de garantie pour une bonne alimentation, mais l'enfant est vorace; il se suralimente et bien souvent la nourrice le gave dans l'intérêt de sa tranquillité.

D'autres fois, enfin, les tétées sont données très irrégulièrement comme quantité, ou comme moment. Dans tous ces cas les enfants présentent, avec l'eczéma, des troubles qui trahissent le mauvais état de leurs fonctions digestives. Ils vomissent après la tétée, ils sont constipés, le ventre est gros, plus développé que le reste du corps.

Chez les enfants sevrés, la première alimentation est souvent donnée sans discernement dans le choix et la quantité des aliments; les repas sont irréguliers, ces enfants présentent la même constitution physique; hypertrophie abdominale, les mêmes tares physiologiques, vomissements faciles et constipation, poussées eczémateuses. On ne peut arriver à la guérison de l'eczéma qu'en instituant un régime alimentaire des plus stricts.

Au point de vue pratique, les déductions qu'il y a à tirer de ces faits sont les mêmes que chez l'adulte; chez l'enfant, comme chez l'adulte, les fermentations gastriques engendrent, par l'intermédiaire des lésions sanguines, des lésions cutanées, des lésions de prurigo, et le prurit. Celui-ci détermine le grattage, des érosions superficielles sont créées, l'eczéma se développe.

Robin recherche ensuite comment les troubles de fermentation stomacale agissent sur la peau pour provoquer les dermatoses. Cette recherche est d'autant plus ardue que plusieurs mécanismes peuvent être invoqués et qu'il est probable qu'ils se combinent dans des proportions variables et difficiles à déterminer.

En principe, on peut entrevoir quatre modes déterminants :

1^o Les lésions de la peau sont la conséquence d'une viciation des échanges nutritifs, viciation déterminée par les fermentations gastriques ;

2^o Elles peuvent être la conséquence d'une altération du milieu intérieur; le sang chimiquement ou

morphologiquement altéré, détermine des troubles de nutrition de la peau, et les causes les plus minimes peuvent dès lors faire naître la dermatose;

3^o Les lésions de la peau peuvent être la conséquence d'un trouble du système nerveux. il s'agirait dans ce cas d'une véritable névrodermie;

4^o La peau, qui joue, comme on le sait, le rôle d'un émonctoire, peut être irritée par les produits de fermentation qu'elle est chargée d'éliminer.

Robin étudie successivement les divers mécanismes.

En ce qui concerne les troubles de nutrition élémentaire, il a soigneusement étudié douze malades prurigineux et eczémateux, au *point de vue* des divers éléments des échanges généraux.

Envisagés en bloc, les résultats ont été les suivants :

Les eczémateux et les prurigineux dyspeptiques en général présentent :

1^o Une diminution minime de la nutrition organique coïncidant avec une augmentation relative de la nutrition anorganique.

2^o Une légère diminution des oxydations azotées : le coefficient d'oxydation azotée tombe en moyenne à 80 0/0.

3^o La mise en œuvre d'une trop grande quantité de matière minérale pour la quantité d'azote mobilisé.

4^o Une légère élévation dans le rapport du chlore à l'azote total.

De plus, chez un enfant dyspeptique de 15 ans,

atteint de dermatite exfoliatrice, Robin a trouvé :

- Une haute densité ;
- Excès de dénutrition organique ;
- Diminution des échanges inorganiques ;
- Excès d'azote total ;
- Diminution de l'acide phosphorique total.

En résumé, les résultats observés témoignent évidemment de certaines viciations de la nutrition, mais ces viciations sont communes dans les dyspepsies banales et aucune n'est assez caractéristique pour être considérée comme particulière aux dyspepsies compliquées de dermatoses.

La recherche des troubles de la nutrition ne renseigne donc pas suffisamment sur le mécanisme cherché.

2° En ce qui concerne la recherche d'altérations du milieu sanguin, il résulte des faits, que le sang est fréquemment adultéré au cours des dermatoses. Plusieurs observateurs ont rencontré fréquemment de l'éosinophilie dans les prurigos ; celle-ci est, parfois, très marquée ; les mêmes constatations ont été faites chez des eczémateux, chez des urticariens.

Il est donc parfaitement logique de supposer que les fermentations gastriques ou, mieux, les éléments toxiques ou irritants engendrés par ces fermentations agissent sur la peau par l'intermédiaire de lésions sanguines qu'ils provoquent.

3° L'influence du système nerveux central admise autrefois, comme élément prépondérant dans la genèse des dermatoses, est déchuée de son ancienne

splendeur. Besnier déclare qu'il n'existe probablement aucun prurit qui puisse être rapporté à un trouble matériel de l'innervation, à une névrose pure, à une névrodermie. Tout porte à croire que si le système nerveux central intervient, c'est à titre secondaire. Il est plus rationnel d'admettre l'excitation directe des filets sensitifs du derme par les acides de fermentation qui s'éliminent par la peau, que d'invoquer une action primitive sur les centres qui produiraient des effets centrifuges sur la peau.

Le mécanisme de l'intervention du système nerveux central semble donc hypothétique et inutile, d'autant plus qu'aucun fait précis ne vient le confirmer.

4^o Les recherches instituées par Robin et Leredde sur les produits éliminés par la peau des dyspeptiques atteints de dermatoses, leur ont permis de constater trois points importants.

Chez les dyspeptiques eczémateux, la sueur a une acidité presque double de la normale.

De plus, tandis que, chez l'homme sain, l'acidité de la sueur décroît au fur et à mesure que la sécrétion se prolonge, chez les dyspeptiques eczémateux l'acidité se prolonge avec la sécrétion, les dernières gouttes sécrétées étant aussi acides que les premières. Dans un cas même, l'acidité fut maxima à la fin de la sudation. Enfin, Robin et Leredde ont pu constater directement la présence d'acide lactique dans la sueur chez deux malades où les fermentations lactiques étaient très marquées dans le contenu stomacal.

De ces recherches, Robin et Leredde ont tiré les conclusions suivantes :

Tout d'abord, le fait indéniable du rapport qui existe entre certaines dermatoses, et la dyspepsie de fermentation, surtout quand celle-ci prend la forme butyrique.

Puis, l'existence des lésions sanguines, dont le rôle d'intermédiaire paraît plausible.

Mais, les lésions du sang ne sont pas probablement les seules qui jouent le rôle d'intermédiaires; il paraît nécessaire de faire une part à l'élimination des acides par la sueur.

Le travail de Robin et Leredde est le plus complet et le plus documenté que nous possédions sur les rapports qui unissent les troubles digestifs et les poussées eczémateuses.

Les auteurs ont dépouillé un grand nombre d'observations, où les troubles gastriques avaient été soigneusement notés: ils ont pratiqué de nombreux chimismes et ont pu tirer de leurs expériences des conclusions fermes.

Tous les auteurs dont nous venons de passer en revue les opinions sont d'accord pour affirmer l'influence qu'exercent sur les poussées eczémateuses l'alimentation et les conséquences gastriques qu'elle entraîne.

Il nous reste à signaler l'opinion d'un certain nombre d'observateurs qui, tout en ne reconnaissant pas aux troubles gastriques une influence déterminante sur la production de l'eczéma, ont cependant été frappés de leur fréquente coïncidence.

Gaucher étudie longuement toutes les causes alimentaires qui ont été accusées de déterminer l'eczéma. Toutefois, il croit que ces causes n'agissent en réalité que sur des individus qui sont constitutionnellement des eczémateux en puissance ou des arthritiques ; les écarts de régime ne sont pour lui que des causes occasionnelles et adjuvantes.

Leredde est partisan de la théorie parasitaire de l'eczéma. Toutefois, il constate la fréquente coïncidence de cette dermatose avec des troubles viscéraux divers, en particulier, les migraines, les dyspepsies, l'asthénie, les hémorroïdes, les arthralgies, etc.

Comme la plupart des auteurs qui, cependant, ne font pas de l'influence des causes internes leur doctrine favorite, Leredde accorde une grande importance à ces troubles viscéraux. Mais il admet que « comme les causes externes, les causes internes agissent en altérant la résistance de la peau par modification de ses sécrétions, par lésions de ses éléments anatomiques. » Les causes internes ne sont en somme que des agents prédisposants, modifiant les conditions de terrain, et le rendant ainsi, par les modifications de la crase sanguine qu'elles déterminent, éminemment favorable à l'évolution du parasite.

Faisant allusion ensuite aux rapports de l'eczéma et de prurigos, Leredde déclare qu'on tend actuellement à rattacher ces prurigos à un trouble de nutrition, en particulier à des troubles gastriques (Barthélemy, Feulard), ou à des troubles urinaires (Benier).

« Or, si l'on examine, dit-il, le suc gastrique des
« individus atteints de prurigo de Hébra, de pruri-
« go diathésique, de prurigo circonscrit, d'eczé-
« ma prurigineux, on constate d'une manière
« constante, l'existence de fermentations particu-
« lièrement butyriques.

« Souvent, la dyspepsie est latente, aucun symp-
« tôme ne la révèle.

« La guérison des fermentations gastriques amène
« la guérison du prurit et des lésions cutanées ; ainsi
« se trouve établie la relation de cause à effet entre
« les troubles gastriques et les altérations de la
« peau »...

« Dans tous les cas, la genèse de l'eczéma peut
« être souvent comprise ainsi qu'il suit : les lésions
« de grattage déterminent la pénétration des germes,
« les fermentations gastriques amènent des modifi-
« cations des sécrétions cutanées ; il se produit de
« l'œdème de la peau : l'eczéma apparaît, exaspéré
« par le grattage et si la sécrétion du derme se déve-
« loppe, l'eczéma persiste.

« Tous ces faits nous montrent l'intervention de
« troubles dyspeptiques latents dans un grand
« nombre de cas d'eczémas : sans doute, l'eczéma
« aigu et l'eczéma chronique, d'origine interne, ne
« sont pas toujours dus à des fermentations gas-
« triques, mais ils le sont beaucoup plus souvent
« qu'on ne le croyait, et pour établir qu'elles n'ont
« pas d'action dans un cas donné, il est nécessaire
« d'examiner le suc gastrique. »

Tout en proclamant la nécessité de pratiquer le

chimisme gastrique, pour ainsi dire de parti pris chez tous les malades atteints d'eczéma, les auteurs sont en général assez brefs sur les résultats qu'il donne habituellement. Ils sont convaincus que les eczémateux présentent, dans la majorité des cas, des troubles gastriques, mais la plupart d'entre eux se sont bornés à cette constatation purement clinique. En agissant ainsi, combien de faits leur ont échappé ! En effet, les troubles gastriques des eczémateux, et nous en verrons plus tard la raison, ces troubles gastriques, disons-nous, sont souvent latents, ils échappent donc en grande partie à l'examen purement clinique.

Nous avons recherché dans les observations anciennes et récentes des faits précis ; nous avons trouvé un certain nombre d'observations soit chez des enfants, soit chez des adultes où se trouve signalée la coexistence de troubles gastriques et d'eczéma ; l'influence de l'alimentation est nettement indiquée, mais en définitive c'est à cette seule constatation que la plupart des auteurs se sont bornés.

Que les troubles digestifs soient un fait fréquent chez les eczémateux, les dermatologistes et les médecins sont tous d'accord sur ce point ; mais quand il s'agit de préciser en quoi consistent ces troubles, quelles sont les déviations de la sécrétion gastrique rencontrées le plus habituellement, si même il s'agit de troubles de la sécrétion ou bien de troubles de la motilité seule, alors nous nous trouvons en pleine obscurité.

Seul, le mémoire de Robin et Leredde contient

des faits précis ; les observations y sont nombreuses, accompagnées de chimismes, et les auteurs ont dosé avec soin les acides organiques qu'ils ont observés dans la majorité des cas. Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer ces observations, elles nous auraient été d'un grand secours pour nous guider dans les recherches personnelles que nous avons faites.

Nous avons collecté un certain nombre d'observations qui ont trait aux rapports qui unissent les états gastriques et l'eczéma ; nous les passerons également en revue.

A la suite de ces observations empruntées à divers auteurs, nous placerons celles que nous avons recueillies nous-même à la clinique de M. le professeur Gailleton.

Nous essaierons ensuite, à l'aide de ces documents et en nous appuyant sur les travaux des auteurs, de préciser en quoi consistent les troubles gastriques des eczémateux ; de quelle manière il nous semble qu'on doit comprendre les rapports qui unissent l'estomac et la peau dans ce cas particulier, et enfin, nous passerons rapidement en revue les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

CHAPITRE III

Observations.

§ I. — OBSERVATIONS DES AUTEURS

OBSERVATION I

(In Thèse de R. Millon, Paris 1893.)

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX. — SURALIMENTATION

3 mai 1893. — Isabelle B..., 6 mois, enfant venue à terme, prospère et bien portante, a été nourrie au sein par sa mère, mais, à partir de l'âge de 2 mois, on a commencé à lui donner des potages, et maintenant, à 6 mois, comme son appétit est énorme, outre le lait que sa mère lui donne généreusement, elle mange couramment du bouillon gras et de fortes panades, de plus, c'est une enfant qui n'est pas réglée, on lui donne à téter 3 ou 4 fois par nuit, et le jour toutes les fois qu'elle le demande. C'est une enfant de très belle apparence, grosse et joufflue, mais qui vient d'avoir récemment de la diarrhée pendant neuf jours, et dont la figure s'est couverte en même temps d'un eczéma impétigineux très confluent qui, mainte-

nant présente des croûtes et des lésions de grattage. L'abdomen n'est pas ballonné, mais la région stomacale rend à la pression un son hydroaérique qui conserve la même tonalité, jusque dans le voisinage de l'ombilic ; on ne peut rechercher le clapotage à cause de la résistance de l'enfant.

Traitement. — Surveillance du régime. Vaseline boriquée.

9 mai. — Légère amélioration, mais le régime n'a pas été strictement suivi, l'enfant est maussade depuis quelques jours, son ventre est tendu et douloureux.

19 mai. — Amélioration de l'eczéma, l'alimentation est surveillée et moins copieuse, l'abdomen n'est plus tendu ni douloureux, l'estomac ne clapote pas, le foie reste gros, un travers de doigt.

23 mai. — Guérison.

OBSERVATION II

(In Thèse de R. Millon, Paris 1893.)

ECZÉMA SEC ET SUINTANT. — SURALIMENTATION. — SEVRAGE

Louis P., 19 mois, issu de père bien portant, sans aucune tare morbide, et de mère très robuste, mais ayant été acnéique jusqu'à 20 ans, est un enfant de très belle apparence, gros et gras, qui a été nourri au sein jusqu'à 16 mois. Mais, depuis qu'il a été sevré, régime extrêmement copieux ; les aliments sont choisis, mais ils sont donnés en quantité surabondante, l'enfant est littéralement bourré de soupes, de légumes féculents, purées de pommes de terre, de carottes, etc ; aussi mange-t-il énormément et gloutonnement, il boit de même en abondance. Il digère habituellement bien, mais il a une certaine tendance à la constipation et ses matières sentent affreusement mauvais. Son ventre est gros et ballonné, son estomac clapote à l'ombilic plusieurs heures après le repas, le foie déborde de 3 cent. 1/2. Chose remarquable, c'est en même temps que le sevrage a été opéré qu'est apparu un eczéma sec et suintant, sec et pityriasique sur les joues et les paupières, suintant dans le sillon rétro-auriculaire. Rien sur le corps.

OBSERVATION III

(In Thèse MILLON, Paris 1893.)

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX CHEZ ENFANT OBÈSE ET SURALIMENTÉ.

Amélie L..., 9 mois, enfant énorme, grande et forte, véritablement obèse, élevée au sein exclusivement par sa mère, excellente nourrice, mais qui lui donne à téter à tout propos et trop fréquemment Depuis trois jours, superbe eczéma impétigineux limité aux deux fesses, avec quelques éléments disséminés sur la racine des cuisses. Grands placards rouge vif, qui ont fortement suinté hier, jour du début (18 mars) et qui, depuis, se sont couverts de plaques croûteuses. Coïncidence remarquable, depuis deux jours les selles sont plus difficiles, dures et douloureuses ; le foie est normal, le son hydroaérique stomacal arrive jusqu'à l'ombilic.

OBSERVATION IV

(In Thèse de MILLON, Paris 1893.)

ECZÉMA ET MILIAIRE SUDORALE, SURALIMENTATION.

Louise H..., 10 mois, nourrie au sein par sa mère ; très forte nourrice, est constamment pendue au sein de sa mère, a des régurgitations, mais peu de signes dyspeptiques. A de la séborrhée sèche au cuir chevelu, un placard d'eczéma suintant derrière l'oreille et, en ce moment une belle miliaire sudorale. L'enfant est très couvert et il fait très chaud.

OBSERVATION V

(In Thèse de MILLON, Paris 1893.)

ECZÉMA SUINTANT CHEZ ENFANT BIEN NOURRIE ANTÉRIEUREMENT,
MAL NOURRIE DEPUIS PEU, PRÉSENTANT DES TROUBLES GAS-
TRO-INTESTINAUX.

Anna R..., petite jumelle de 4 mois dont la sœur, très chétive est morte, à 4 mois, avec des convulsions, est une enfant qui, très délicate à sa naissance, a été nourrie jusqu'à 13 mois avec du lait stérilisé et, pendant tout ce temps s'est bien portée. Elle a marché à 13 mois on a cessé le lait stérilisé il y a 6 semaines depuis, l'enfant a été nourrie avec du lait à cinq sous, des soupes, du café. Elle boit énormément.

Depuis ce changement de régime, l'enfant se porte beaucoup moins bien, son appétit est très diminué, sa soif est très intense, elle dort peu la nuit, son teint a beaucoup pâli. Les selles, qui étaient normales sont devenues irrégulières ; depuis cinq jours, diarrhée blanche sentant très mauvais ; elle vomit quelquefois tout ce qu'elle prend dans la journée. L'abdomen est fortement météorisé. Depuis quatre jours, éruption de petits boutons vésiculeux, assez durs, qui se sont rompus déterminant, en raison de leur confluence, de petits placards croûteux, humides, disséminés sur tout le corps et surtout à la figure, au menton, aux lèvres, à la paupière supérieure et dans le conduit auditif externe. Ces petits placards, arrondis, sont entourés d'une zone inflammatoire assez intense.

Le foie est normal, l'estomac clapote dans toute la région située au-dessus de l'ombilic, de plus, la percussion du son hydroaérique stomacal permet de délimiter la limite inférieure de l'estomac à une ligne passant à un centimètre au-dessus de l'ombilic.

OBSERVATION VI

ECZÉMA TENACE. — ALIMENTATION TRÈS DÉFECTUEUSE. — ATONIE
GASTRO-INTESTINALE

5 mai 1893. — M..., René, 14 mois porte sur la figure des plaques d'eczéma sec avec lésions de grattage surtout localisées à la joue droite. Cet eczéma date du mois de décembre dernier. Cet enfant est élevé dans un milieu misérable, sa mère tuberculeuse n'a pu le nourrir au sein. Il a donc été nourri au biberon avec du lait de médiocre qualité, de plus, on l'a fait manger de bonne heure. A l'époque actuelle, en plus d'un litre de lait qu'il boit par jour, on lui donne de la soupe, de la viande; il mange de tout comme ses parents, il boit du vin pur.

Aussi est-ce un enfant maigre et chétif qui ne marche pas encore et qui n'a que six dents. Son ventre est gros, ballonné, il a du clapotage à l'ombilic. Il est ordinairement constipé, il dort mal. Le foie déborde de un travers de doigt.

OBSERVATION VII

ECZÉMA IMPETIGINEUX CHEZ UNE ENFANT TRÈS MAL NOURRIE
SOUS-ALIMENTATION.

20 novembre. 1893. — Jeanne B..., enfant de 4 mois dont la figure est couverte de croûtes d'eczéma impétigineux, mêmes éléments sur les poignets, quelques placards sur le cuir chevelu.

C'est une enfant extrêmement maigre et très mal alimentée. Elle est élevée au biberon exclusivement, et ne prend qu'un demi litre de lait par jour coupé avec autant d'eau pannée. Son ventre est gros et dur. Elle souffre d'une diarrhée habituelle constituée de matières blanches et jaune verdâtre.

OBSERVATION VIII

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX GUÉRI PAR RECTIFICATION DU RÉGIME.

L. Eugène, 7 ans. Enfant petit et maigre, se nourrit mal, appétit médiocre et fantaisiste; l'enfant est peu surveillé; grand buveur; constipé habituellement. Depuis deux mois, eczéma impétigineux du nez, de la lèvre supérieure et des commissures labiales. Le régime alimentaire est modifié et strictement observé. Guérison en 15 jours.

OBSERVATION IX

POUSSÉE D'ECZÉMA IMPÉTIGINEUX COINCIDANT AVEC LE SEVRAGE.

(OBS. R.)

Mai 1893. C. Joseph, 14 mois. Enfant élevé au sein, a été sevré brusquement il y a 3 jours; a été soumis au régime des potages gras et des panades, sans avoir préalablement été habitué, 48 heures après le sevrage, apparition de placards d'eczéma impétigineux sur la figure. Foie déborde de deux travers de doigt.

OBSERVATION X

ECZÉMA SQUAMEUX ET PITYRIASIQUE CHEZ UNE ENFANT MAL
NOURRIE, RACHITIQUE, PEU DYSPEPTIQUE.

Lucienne B... 2 ans 1/2. Onzième enfant. Six morts de croup, bronchite et méningite (?).

Mère bien portante, ni dyspeptique, ni rhumalisante, sans aucun accident cutané, père névropathe et alcoolique.

M. 5

L'enfant, bien qu'élevé au biberon, à Paris, dans un milieu des plus pauvres, a été bien portante jusqu'à 6 mois; puis entre 6 et 11 mois elle a eu la rougeole, coqueluche, fluxion de poitrine, et à la suite de cette dernière maladie, des convulsions qui se sont reproduites pendant un mois.

Depuis ce moment, elle été bien portante. Mais c'est une enfant qui a été éprouvée par cette suite de maladies, et qui a été mal nourrie (on a continué le biberon jusqu'à 2 ans, mais elle s'est mise à manger avec ses parents de bonne heure, on lui faisait avaler toute espèce de nourriture), qui a eu des diarrhées. Aussi est-ce une enfant qui n'a eu ses premières dents qu'à 11 mois, qui n'a parlé qu'à 19, qui ne marche pas encore, dont les fémurs sont fortement arqués, dont les articulations sont grosses. Elle est constamment agitée dans la journée et a des terreurs nocturnes. Malgré cela, c'est une enfant de belle apparence, mais dont les joues sont pâles, dont le pannicule graisseux sous-cutané est trop développé. Le ventre est énorme, le foie déborde de un travers et demi de doigt, l'estomac reste indécis. L'enfant digère bien tout ce qu'on lui donne, elle n'a pas de constipation, mais les matières sentent très mauvais.

La peau de cette enfant est sèche et désagréable, elle porte depuis une quinzaine de jours des placards d'eczéma sec aux genoux, et de petits groupes nummulaires sur les cuisses. Au creux de l'estomac, la dermatose a une forme pityriasique. Rien à la figure, rien au cuir chevelu.

OBSERVATION XI

ECZÉMA IMPÉTIGINUEUX, ACNÉ PONCTUÉE.

Marthe P..., 14 ans, nourrie au sein par sa mère qui semble n'avoir été qu'une médiocre nourrice; sevrée à 11 mois; déjà à cette époque, elle digérait mal, et sa nourriture était peu réglée.

Aujourd'hui, c'est une enfant maigre et de taille petite, qui

se nourrit mal, dont l'appétit est irrégulier et qui est une grande buveuse.

A 18 mois, elle eu, paraît-il, une poussée de gourme. A 40 ans, nous voyons sur le registre du dispensaire, qu'elle a présenté de l'eczéma impétigineux. Depuis 1 an, elle présente de l'acnée pustuleuse, assez confluyente sur le front et les joues avec quelques éléments pustuleux enflammés.

OBSERVATION XII

ECZÉMA SEC CHEZ UN ENFANT DYSPEPTIQUE.

Mai 1893. — Charles C..., 3 ans et demi. Enfant nourri au sein pendant 22 mois, a été bien portant jusqu'à ce moment, à l'exception d'une poussée de gourmes (?) qu'il a eue à un an, qui a duré 4 mois et qui a été localisée à la figure et aux fesses, rien au cuir chevelu. Depuis son sevrage, cet enfant se nourrit mal, il prend son bol de café au lait le matin et le vomit régulièrement; à ses autres repas, il mange de même que ses parents, pommes de terre, bœuf bouilli, viande de porc, charcuterie etc. Il boit beaucoup et il boit du vin.

La peau de cet enfant est sèche et écailleuse, il porte des placards d'eczéma sur le dos, et depuis longtemps il a des dartres farineuses sur les joues. La dyspepsie se traduit par du pyrosis, des éructations, une constipation habituelle, un ventre ballonné. Son foie est normal, son estomac ne clapote pas.

OBSERVATION XIII

ECZÉMA SEC CHEZ ENFANT DYSPEPTIQUE, GUÉRISON PAR SURVEILLANCE DU RÉGIME

Alphonsine L..., 4 ans, enfant manifestement dyspeptique, dont l'appétit est faible et irrégulier, qui se nourrit presque

exclusivement de crudités, de café, qui est, par contre, une grande buveuse. Ballonnement de l'estomac et douleurs sourdes après les repas. Vomissements fréquents.

Portait, il y a un mois, des placards d'eczéma sec sur la figure et sur la région lombo-dorsale. Le régime lacté, puis un régime alimentaire sévèrement surveillé ont amené la disparition complète de la dermatose.

OBSERVATION XIV

ECZÉMA SEC DE LA FACE. — DYSPEPSIE.

Juin 1893. — Rosa F..., 8 ans. Depuis plusieurs semaines est atteinte d'une lésion cutanée de la face; deux placards d'eczéma sec pityriasiforme, nummulaire sur la joue gauche avec prurit.

Cette enfant est manifestement dyspeptique; elle ne mange pas, elle ne veut que des aliments vinaigrés, de la salade; en revanche elle boit énormément. Elle a de fréquentes régurgitations, elle se plaint de l'estomac après ses repas, ses selles sont irrégulières; tendance à la constipation. On la soumet au régime lacté pendant quelque temps, puis aux alcalins et on fait surveiller le régime alimentaire. La guérison de l'eczéma survient rapidement.

OBSERVATION XV

ECZÉMA PITYRIASIQUE. — ACNÉ PUSTULEUSE. DYSPEPSIE. —

Mai. — V..., Léonie, 9 ans. Enfant chétive, maigre. Depuis une quinzaine de jours appétit très diminué, nausées, état saburral, soif intense. Depuis ce temps aussi, d'artres eczéma-teuses sèches des deux joues et de la commissure labiale avec éléments acnéiques discrets.

5 mai. — Aucun traitement local, mais amélioration de l'état gastrique. L'eczéma est très amélioré.

10 novembre. — Nous revoyons l'enfant après un long séjour à la campagne. L'état général s'est sensiblement amélioré, la dermatose a disparu dès les premiers jours du changement de régime.

OBSERVATION XVI

ECZÉMA SEC, SQUAMEUX CHEZ ENFANT DYSPEPTIQUE. — GUÉRISON APRÈS SURVEILLANCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE

22 avril 1893. — Marguerite D..., 3 ans. Cette enfant porte sur toute la région fronto-pariétale, un large placard d'eczéma sec et squameux datant au moins de 2 ans. C'est une petite dyspeptique qui semble avoir été élevée avec assez de soins, mais qu'on laisse boire à tout propos. Elle est sujette à des terreurs nocturnes, a des céphalalgies persistantes.

Région stomacale douloureuse. Le foie déborde de un travers de doigt.

15 mai. — Traitement, surveillance du régime, bains salés, vaseline boriquée.

La mère de l'enfant a fait attention à nos recommandations, l'enfant boit beaucoup moins, mange mieux, les terreurs nocturnes ont persisté, mais la céphalalgie a disparu. La région stomacale n'est plus douloureuse, la limite inférieure du foie est juste au rebord costal.

Quant à l'eczéma, il a entièrement disparu ; à la place des plaques, il ne reste plus que de larges endroits recouverts d'une peau rose et légèrement squameuse presque dépourvue de cheveux.

9 novembre. — Cette enfant a été complètement guérie par la surveillance du régime alimentaire. Depuis quelque temps, cependant, les terreurs nocturnes ont reparu ainsi que quelques plaques dans les cheveux. En effet, la mère s'est relâchée

depuis peu de sa surveillance et l'enfant a recommencé à boire en abondance.

OBSERVATION XVII

ECZÉMA SEC ET SUINTANT CHEZ ENFANT DYSPEPTIQUE

5 juin. — Catherine K..., 6 ans 1/2. Nourrie au biberon à Paris jusqu'à un an, a marché à 11 mois. Depuis son sevrage, cette enfant a été soumise à une alimentation de grande personne, régime de viandes, bœuf bouilli, porc, vin pur ; boissons en abondance. Aussi est-ce une enfant maigre qui a relativement bien supporté ce régime excessif, mais qui depuis un mois a perdu tout appétit, et est, au contraire, tourmentée d'une soif continuelle. Son abdomen s'est développé ; il offre maintenant un volume considérable avec tympanisme. L'estomac clapote jusqu'au voisinage de l'ombilic, il est le siège de douleurs fréquentes ; le foie est normal.

Depuis une quinzaine de jours, on a vu apparaître sur le visage de l'enfant de larges placards d'eczéma sec, de dartres pityriasiformes. Douze jours après, sont apparus des placards suintants à la narine gauche et à la partie inférieure du lobe de l'oreille.

À la région mammaire gauche de larges plaques d'eczéma à bords arrondis qui, très suintants il y a six mois, sèche maintenant et devient squameux. Sur les bras et sur les jambes, petites plaques et sur les joues, tout petits éléments assez discrets.

OBSERVATION XVIII

ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE CHEZ UN ENFANT DONT LA NUTRITION A ÉTÉ TRÈS DÉFECTUEUSE. — RACHITISME LÉGER.

B..., Pierre, 4 ans. Pas de renseignements sur les parents ; nous savons seulement que le père et la mère, les grands

parents, non plus que le frère et la sœur de l'enfant n'ont jamais été atteints d'aucune lésion cutanée.

Cet enfant est venu à terme; a été placé en nourrice, en Bretagne, où il a été élevé au biberon et dans des conditions déplorables; il en est revenu à 3 ans 1/2, tout petit, très mal portant, avec un ventre énorme, des oxyures et des plaques d'eczéma à vif.

Pas de graves déformations rachitiques, mais fémurs et tibias légèrement incurvés, articulations grosses, articulations médio-sternales saillantes. L'enfant, grand buveur (plus de deux litres par jour), grand amateur de cidre, a un appétit glouton, il mange de tout, il se plaint peu de symptômes dyspeptiques, mais il est généralement constipé et ses matières sont dures et très fétides. Il a une céphalalgie fréquente.

La peau est sèche et rugueuse. Il porte sur le thorax, à la base du cou, entre les omoplates et à la région de l'aisselle des placards eczématisques.

OBSERVATION XIX

ECZÉMA SUINTANT DU CUIR CHEVELU. — ALIMENTATION DÉFECTUEUSE. — TRACES DE RACHITISME.

19 mai 1893. — Jeanne C..., 29 mois.

Eczéma humide du cuir chevelu disséminé en gros placards croûteux et suintants, de couleur verdâtre, amenant autour de la plaque une irritation inflammatoire et déterminant de l'induration des ganglions de la nuque et du cou.

Enfant sevrée trop tôt et extrêmement mal alimentée, est nourrie presque exclusivement de pain et de fromage; grande buveuse. Jambes légèrement incurvées, chapelet chondrosternal; ventre dur un peu ballonné. Estomac légèrement douloureux à la pression épigastrique. Foie débordant de un travers de doigt.

OBSERVATION XX

(D^r LE GENDRE, médecin des Hôpitaux.)

ECZÉMA CHEZ UN ENFANT ARTHRITIQUE ET OBÈSE.

Il s'agit, dans cette observation, d'un enfant de 12 ans, arthritique, obèse et névropathe qui, à la suite d'une course à bicyclette et de médiocre durée, eut une hémorrhagie intestinale et un hématome dans l'épaisseur du psoas (accident dont l'observation a été rapportée au Congrès pour l'avancement des Sciences, à Besançon, 1893).

M. Le Gendre pense que, chez cet enfant, la fatigue n'a été qu'un facteur occasionnel, le principal étant un trouble nutritif général. Ce qui nous intéresse c'est que cet enfant, gros mangeur et obèse, est sujet à l'eczéma. Cette lésion cutanée a tantôt la forme de plaques sèches et lichenoïdes, tantôt celle d'eczéma vésiculeux et suintant. Il apparaît sur le visage ou sur certains points du corps, d'une manière périodique et en rapport direct avec l'obésité. Quand l'obésité se prononce davantage, les plaques apparaissent, elles disparaissent, au contraire, et sans aucun traitement local chaque fois que ce régime alimentaire est mieux surveillé, chaque fois que le massage, l'hydrothérapie, l'emploi des alcalins diminue l'obésité en accélérant la nutrition.

OBSERVATION XXI

(In Thèse de QUINTON Paris 1861).

Homme de 60 ans environ, soigné, en 1856, par Hardy, pour un eczéma généralisé.

Le malade alla passer une saison entière aux bains de Saint-Gervais et en revint guéri.

Depuis plusieurs mois, il avait de la dyspepsie, vomissait

continuellement les aliments solides qu'il prenait et, à la suite de ces désordres digestifs, il était survenu un amaigrissement et un affaiblissement considérables.

OBSERVATION XXII

(FEULARD (1894). Incomplète.)

Pauline M..., âgée de 6 mois, née à terme, nourrie par sa mère. Celle-ci a eu une bonne grossesse et jouit, ainsi que le père, d'une très bonne santé. Elle est déjà mère d'un jeune garçon de 28 mois, parfaitement bien portant.

L'état de la fillette est excellent ; elle n'a pas de fièvre, pas de perte d'appétit, ses garde-robes sont régulières, mais elles sont souvent vertes ; l'alimentation est donnée sans régularité, les tétées ayant lieu suivant les caprices de l'enfant. A trois semaines, la mère constatait, derrière la tête, des croûtes jaunes, épaisses, qui ont gagné le reste du cuir chevelu et se sont étendues ensuite à la face puis au cou ; les bras et la poitrine auraient été également envahis. Il n'y a guère de doute, d'après le récit de la mère, qu'il ne s'agisse d'eczéma séborrhéique.

OBSERVATION XXXIII

(LE GENDRE, *Gazette des Hôpitaux*, 1895.)

Le Gendre rapporte l'histoire d'un jeune enfant atteint d'eczéma très rebelle. Une première nourrice, chargée de l'allaiter, était manifestement une alcoolique : elle eut un abcès au sein dès le début de l'allaitement. On incrimina son intempérance et on pensa que l'enfant supportait mal l'alcool ingéré par la nourrice : une diarrhée tenace se produisit, les traitements les plus divers échouèrent, l'état général devint mauvais, menaçant.

Une autre nourrice fut alors chargée de l'enfant. Elle eut, à

son tour, un abcès au sein qui se termina par résolution. L'enfant succomba peu après à des accidents d'infection générale.

Le Gendre pense que cet enfant, qui avait de la stomatite, présentait un état infectieux de son tube digestif et que cette infection a été la cause de l'eczéma, aussi bien que de la mammite de ses deux nourrices.

L'eczéma aurait donc été la conséquence d'une auto-intoxication ayant eu le tube digestif comme point de départ.

OBSERVATION XXIV

(In Thèse de JANIN. Paris 1881.)

ECZÉMA GÉNÉRALISÉ

B... Charles, employé de commerce, entre, le 16 février 1881, dans le service de M. Lallier, salle St-Mathieu.

Le début de l'affection remonte à trois semaines. Le malade, qui a des habitudes assez réglées, raconte que, le 23 janvier, il rencontra plusieurs de ses compatriotes en compagnie desquels il passa une partie de la nuit au cabaret. Depuis quelque temps, il avait remarqué qu'après chaque repas la chaleur lui montait au visage et que ses joues devenaient le siège de rougeurs et de démangeaisons qui, du reste, disparaissaient spontanément. Ce jour-là, cette rougeur fut si accentuée, que ses amis lui en firent la remarque. Le lendemain, tout avait disparu, mais, le mercredi suivant, sans cause nouvelle, apparurent sur le front et les joues de vives rougeurs accompagnées de démangeaison. Trois ou quatre jours après, le suintement se déclarait et l'affection gagnait toute la face ; il y a seulement quelques jours qu'elle a envahi les membres et le tronc.

OBSERVATION XXV

(In Thèse JANIN.)

ECZÉMA GÉNÉRALISÉ.

H... François, 32 ans, employé au Gaz, entre, le 13 avril 1881, dans le service de M. Lallier, salle St-Mathieu.

Le malade est un homme vigoureux n'ayant jamais eu ni rhumatismes ni aucune maladie. Il boit en moyenne 4 litres de vin et 1/2 litre d'eau-de-vie par jour. Souvent même, il se livre à des excès plus considérables; c'est précisément ce qui lui est arrivé dans ces derniers temps. Il avoue n'avoir pas cessé de s'enivrer pendant les huit jours qui ont précédé son éruption. Celle-ci a débuté brusquement, il y a quatre semaines, par une vive démangeaison suivie bientôt de rougeur et de suintement à la partie interne du mollet gauche où elle resta d'abord localisée. Puis, le malade ayant continué ses excès, elle envahit le bras gauche et bientôt se généralisa. A son entrée, nous constatons l'état suivant : sur les deux mains, l'eczéma existe à l'état de vésicules assez volumineuses, mais les bras, les jambes et le cou sont le siège d'une rougeur rendue très vive par les habitudes alcooliques du malade et d'ulcérations superficielles recouvertes de croûtes. Les mêmes lésions se présentent sur le tronc, mais plus disséminées et circonscrites. Rien sur la face et le cuir chevelu.

OBSERVATION XXVI

(In JANIN.)

ECZÉMA GÉNÉRALISÉ.

L..., 42 ans, infirmier à l'hôpital St-Louis.

Le père du malade est très rhumatisant. Lui-même présente tous les caractères que Bazin a assignés à l'arthritisme. Tempéra-

ment très sanguin, système musculaire développé, embonpoint considérable, frais, coloré, chute prématurée des cheveux, transpiration facile, épistaxis fréquents.

A l'âge de 26 ans, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire qui l'a forcé à garder le lit pendant six semaines. Depuis ce temps, il ressent fréquemment des douleurs dans les reins et les genoux.

Il n'est infirmier que depuis le mois de novembre. Avant cette époque, il était domestique dans une maison bourgeoise. Là, il se nourrissait très bien et se livrait à de nombreux excès de boissons. C'est sous cette influence qu'il vit se développer, en 1870, une première éruption d'eczéma dans le cuir chevelu et d'acné dans le dos.

D'abord guérie, l'affection reparut bientôt à la suite de nouveaux excès et, depuis ce temps, le malade est entré à peu près dans tous les services de l'hôpital, pour des poussées successives d'acné et d'eczéma, reconnaissant toujours la même cause. Aujourd'hui, il en est à peu près à sa 15^e poussée, qui a comme siège le cuir chevelu, le cou, une partie du tronc et des membres.

OBSERVATION XXVII

(In JANIN).

ECZÉMA GÉNÉRALISÉ

C..., Léon, 50 ans, marchand de vins, se présente, le 9 mars 1881, à la consultation de M. Lallier. Le malade dit avoir eu, à l'âge de 10 ans, à la face et aux lèvres, une éruption d'eczéma qui guérit rapidement.

A l'âge de 22 ans, même éruption et guérison aussi rapide.

Quinze ans plus tard, il commença à ressentir des douleurs qui ne l'ont pas quitté depuis.

Vers la même époque, il acheta un commerce de vins et sous l'influence des excès de boissons inséparables de sa nouvelle situation, l'eczéma ne tarda pas à reparaitre, mais cette fois, pour s'étendre sur toute la surface du corps. Depuis ce

temps, la maladie n'a pas disparu ; elle se présente sous l'aspect de vastes plaques rouges, suintantes, occupant surtout les bras et la partie antérieure des cuisses.

Le malade n'hésite pas à mettre lui-même son affection sur le compte de ses excès. Il a remarqué que ceux-ci s'accompagnaient toujours de nouvelles poussées et de démangeaisons plus vives.

OBSERVATION XXVIII

(In th. de H. MONCEAUX, Paris, 1880. — *Bull. mens. de la Soc. de Biolog.*, 1897.

ECZÉMA. — TROUBLES DIGESTIFS. — ALBUMINURIE

Un marchand de vins en gros, 45 ans, vigoureux, mais alcoolique, est soigné depuis plusieurs années en ville, par M. Gubler. En 1851, il a été traité à la Charité, pour une ascite qui s'est rapidement dissipée et qui n'a pas reparu depuis. A la suite, il eut une éruption d'eczéma généralisée. Depuis lors, cet homme est sujet à la même affection cutanée, revenant par bouffées, s'accompagnant de fièvre et étant *précédée* ordinairement de troubles de la digestion. Dernièrement, une nouvelle éruption se déclara, elle fut accompagnée d'un peu de bouffissure de la face et d'œdème des membres inférieurs, accidents qui persistèrent quelque temps après que l'eczéma eut disparu.

Il ne semble pas à l'auteur que cet homme soit atteint, pour le moment, de mal de Bright, et il ignore de quoi peut dépendre cette albuminurie passagère, liée peut-être à ces éruptions eczémateuses périodiques. Il faut noter, toutefois, que *des troubles digestifs précèdent et accompagnent l'éruption.*

OBSERVATION XXIX

In BOUCHARN. — Leçons sur les auto-intoxications.

TROUBLES DIGESTIFS ANCIENS. — ICTÈRE CATARRHAL. — ECZÉMA

Jeune fille de 15 ans, avait déjà depuis plusieurs années des troubles digestifs intenses : sang à la tête, crampes et cuissons dans l'estomac après le repas. Il y a quelques années, l'irritation stomacale s'était propagée aux voies biliaires et avait même donné lieu à un ictère catarrhal.

Plus récemment, s'était constituée cette légère anémie si fréquemment consécutive aux insuffisances digestives, avec pâleur, céphalalgie, un certain degré d'amaigrissement, une extrême propension à la fatigue, sans souffles cardiaques ou vasculaires.

Ces troubles existaient déjà depuis longtemps, quand apparut un eczéma sur les épaules et le front. Ils parurent se calmer dès cette apparition.

OBSERVATION XXX

ENFANT DE 8 MOIS. — SURALIMENTATION. — TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX. — ECZÉMA.

Enfant atteint d'eczéma au 8^e mois. Issu d'un père eczéma-teux. Peu avant le début de son eczéma, il fut vacciné et eut une crise de dentition. C'est un suralimenté, il a de l'entérite infantile. Sa nourrice boit du vin et de la bière en quantité non réglée.

Bains quotidiens à température trop élevée, langes recouverts en arrière d'un feutre trop absorbant.

§ 2. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

Les quelques observations qui constituent ce paragraphe ont été recueillies par nous à la clinique de notre maître, M. le professeur Gailleton.

Toutes les fois qu'il nous a été possible de le faire, nous avons pratiqué le chimisme gastrique, et nous avons procédé à ces recherches d'une manière aussi consciencieuse que possible ; dans tous les cas, nous avons employé le repas d'Ewald et Boas ; le repas de G. Sée n'a été donné qu'à un seul malade qui habitait très loin de l'hôpital.

Afin d'avoir des résultats comparables entre eux, nous avons toujours opéré sur des quantités égales de liquide gastrique et nous toujours fait usage des mêmes méthodes ; à ce point de vue, nous nous sommes inspiré des conseils que donne M. Bouveret dans son *Traité des Maladies de l'Estomac*, nous avons eu recours aux procédés les plus simples, les moins compliqués.

Toutes nos recherches ont été faites sur le liquide filtré.

Pour la détermination de l'acidité totale, nous avons employé, la solution décimale de soude et la phénophtaléine comme réactif indicateur, nous avons toujours opéré sur 10^{cc} de liquide gastrique.

Pour la détermination qualitative de l'acide chlorhydrique libre, nous avons employé le réactif de Gunzburg, la phloro-glucine vanilline.

Pour la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique total, nous avons eu recours au procédé de Hehner et Seemann qui nous a paru le plus court et le moins compliqué.

Pour la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique libre, nous nous sommes servi du procédé de Mintz, qui est d'une exactitude suffisante.

Nous nous sommes borné à rechercher qualitativement les acides organiques; la coloration jaune bouton d'or donnée par la réaction d'Uffelmann, déce le l'acide lactique,

La coloration jaune rougeâtre, produite par ce même réactif, déce le les acides acétique et butyrique. Ces derniers se différencient facilement par leur odeur spéciale. Dans les cas douteux, nous avons répété la recherche des acides organiques par le réactif de Bourget.

Dans quelques cas, nous avons pratiqué la recherche de la digestion gastrique des amylacées et des albuminoïdes.

Nous avons recherché les troubles de la motilité et de l'absorption gastriques. Nous avons apprécié suffisamment l'état de la motilité par l'examen clinique, par la considération de la quantité de bouillie gastrique extraite après le repas d'épreuve et par l'épreuve du salol que nous avons pratiquée dans quelques cas.

Quelques-unes de nos observations sont malheureusement incomplètes. Elles se rapportent à des malades non hospitalisés que nous n'avons pu voir qu'une seule fois.

OBSERVATION I

TROUBLES GASTRIQUES. — ECZÉMA DE LA FACE

N... Louise, 22 ans, corsetière.

Père mort accidentellement. Mère bien portante. Pas de rhumatisme, pas d'eczéma dans la famille. Rougeole et variole dans l'enfance. Régliée à 14 ans, régulièrement.

Mariée depuis sept mois. Pas d'alcoolisme. Les digestions ont toujours été assez difficiles; la malade raconte elle-même qu'après les repas, elle était congestionnée, avait des palpitations, des bouffées de chaleur et de l'inaptitude au travail.

La malade a toujours été constipée; elle restait fréquemment autrefois cinq à six jours sans aller à la selle.

Il y a quatre ans, à la suite d'une affection indéterminée, probablement la grippe, qui dura six ou huit jours environ, la malade partit à la campagne. Là, par suite des occupations des personnes chez lesquelles elle se trouvait, elle mangeait à des heures très irrégulières et très rapidement (à peine une demi-heure pour les deux principaux repas). Elle commença alors à ressentir des douleurs gastriques et des vomissements. Ces vomissements se produisaient à peu près invariablement après chaque repas; même le repas du matin, composé de soupe et d'un peu de fromage, était rarement gardé. Ces vomissements se faisaient, sans grands efforts, environ trois quarts d'heure ou une heure après le repas. Après le vomissement, la malade était soulagée et pouvait sans fatigue vaquer à ses occupations, d'ailleurs peu pénibles.

Outre les vomissements, la malade souffrait de son estomac. Quelques minutes avant le vomissement, soit une demi-heure ou trois quarts d'heure environ après le repas, les douleurs survenaient, siégeant d'abord au creux épigastrique.

Elles débutaient par un simple malaise, une sensation de pesanteur, puis elles s'accroissaient et prenaient vite le caractère de crampes. La malade ne peut préciser si elles s'irradiaient; il ne paraît pas y avoir eu jamais de douleurs en

broche. Les douleurs étaient assez intenses, mais pas assez cependant pour faire pousser des cris à la malade. La douleur n'était pas assez forte pour qu'elle se pliât en deux ou prît des attitudes bizarres.

Ces douleurs duraient jusqu'au vomissement qui ne manquait presque jamais: le vomissement se produisait alors sans grands efforts, était relativement abondant: la malade évacuait une quantité relativement considérable de bouillie stomacale, âcre et brûlante. Après cette évacuation, la malade était instantanément soulagée, et ne souffrait plus pendant deux ou trois heures au moins. Elle avait fréquemment dans l'intervalle des repas des sensations gastriques légèrement douloureuses qu'elle attribuait à la faim. Elle ne peut préciser si l'ingestion d'aliments calmait ces douleurs,

Les mêmes phénomènes se reproduisaient après le repas du soir: sensation de faim douloureuse avant le repas: repas rapide, mal mâché, douleurs commençant par un simple malaise, environ une demi heure après le repas, puis vomissement abondant avec brûlure œsophagienne, après lequel la malade était soulagée.

Elle se couchait à 9 h. 1/2 ou dix heures; les nuits se passent sans trouble: la malade dormait bien, sans cauchemars, ni rêvasseries; elle n'a jamais vomi la nuit.

Jamais d'hématémèse, pas de mælena. Cet état dure environ un an et demi. Pendant cette période, la malade se borna, sur les conseils d'un médecin, à supprimer de son alimentation le vin, les crudités, les épices, etc: elle ne subit aucun traitement médicamenteux. Au bout d'un an et demi, elle revint à Lyon, son état un peu amélioré: les douleurs gastriques se montraient encore par intervalles après les repas, mais les vomissements avaient disparu.

Il y a environ cinq ou six mois, les douleurs gastriques s'accrochèrent et devinrent plus fréquentes, mais toujours sans vomissements.

Il y a trois mois, apparition d'un eczéma.

Depuis ce moment, les malaises gastriques ont diminué peu à peu; actuellement la malade ne souffre pas et ne vomit pas. Elle précise bien ce fait, de l'amélioration de son état gastrique depuis l'apparition de l'eczéma.

Etat actuel. — La malade se présente avec l'apparence d'une bonne santé: elle est modérément grasse, a un faciès coloré, elle nous dit être un peu nerveuse, et présente, en effet, de l'anesthésie cornéenne et de l'anesthésie pharyngée: elle n'a jamais pris de crises de nerfs et ne présente pas d'autres stigmates hystériques.

Interrogée sur son état gastrique habituel, elle signale d'une manière très formelle une amélioration très nette. Plus de douleurs gastriques après les repas, pas de vomissements, l'appétit seul est resté diminué et cette diminution paraît même s'être accentuée depuis quelques jours, l'inappétence porte surtout sur la viande, les légumes sont bien acceptés, la salade est le mets de prédilection; la malade en mange parfois sans assaisonnement, elle ne paraît pas d'ailleurs avoir une prédilection marquée pour les condiments. Elle n'a jamais suivi aucun traitement gastrique; elle a maigri, dit-elle, de 3 kilogr depuis trois mois; actuellement elle pèse 59 kilogr.

Eczéma léger, siégeant surtout à la partie la plus reculée des joues, en avant des oreilles; l'éruption est actuellement en pleine desquamation; la desquamation est fine; à peine un peu de rougeur.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillement; l'estomac nous a paru normal, cependant il clapote assez longtemps après l'ingestion d'un verre d'eau; nous n'avons pu rechercher le clapotage à jeun.

Repas d'Ewald et Boas, retiré une heure après.

125 gr. bouillie jaunâtre ou fragments de pain mal digérés, quelques-uns assez épais pour obstruer en partie l'œillet de la sonde.

Coloration jaune clair,

Odeur vin blanc légèrement fermenté.

Liquide filtré, coloration ambrée un peu trouble.

Acidité totale : 1,90.

Gungsborg : positif.

Vert brillant : teinte vert-pré.

HCl libre : 0,29

Acides organiques : en quantité très faible.

OBSERVATION II

V... Baptiste, 61 ans, plâtrier; Saint-Alexandre, n° 8.

Entré le 3 mai 1901. Sorti le 4 juin 1901.

Père mort accidentellement. Mère morte d'une pleurésie.

Pas marié.

Bonne santé antérieure, le malade a servi cinq ans en Afrique, où il a eu les fièvres pendant dix-huit mois. Coliques de plomb une première fois, il y a dix ans; une seconde fois, il y a trois ans environ.

Aucune maladie depuis.

Il y a dix-huit mois, apparition d'un eczéma aux deux mains; disparition depuis un mois et demi; mais l'éruption s'est reproduite à la jambe gauche.

Le malade n'accuse aucun trouble gastrique et n'en a, dit-il, jamais eu. Bon appétit habituel, toutefois ses digestions sont quelquefois lentes et pénibles: il dit être souvent obligé de défaire son gilet après le repas.

Habituellement constipé, il reste parfois deux ou trois jours sans aller à la selle; les matières sont le plus souvent pâteuses, très fétides et sont émises avec difficulté.

Le malade accuse des habitudes alcooliques, Il ne boit pas d'alcool le matin à jeun, mais seulement du café et une absinthe avant le repas de midi, une deuxième le soir, avant dîner. Demi-litre de vin à chaque repas. De temps en temps, excès alcooliques plus marqués. A la suite de ces excès, le malade perd appétit pendant deux ou trois jours.

Vomiturations matutinales. Jamais de vomissements alimentaires.

L'observation n'a pu être complétée par l'examen physique et le chimisme n'a pu être fait, le malade étant sorti inopinément de l'hôpital.

OBSERVATION III

(Personnelle.)

M. L..., 71 ans, ménagère.

Père et mère morts d'affections indéterminées. La malade est la seconde de 6 enfants. Sa sœur aînée a eu un eczéma qui a duré très longtemps; elle était très sujette à des migraines qui s'accompagnaient de vomissements abondants. Un frère, plus jeune, a eu des boutons dans la barbe, probablement un sycosis, pour lequel il fut traité dans le service et dont il a guéri après épilation; ce frère est également très sujet aux migraines. La malade a toujours joui d'une bonne santé; aucune affection dans la jeunesse. Quelques douleurs rhumatoïdes. Il y a 25 ans, début des accidents cutanés; la malade eut, à cette époque, une éruption bulleuse de la largeur d'une pièce de 5 francs, dans la paume de la main droite. Elle guérit assez rapidement.

Il y a 15 ans, poussée furonculaire qui dura 3 mois, dans le dos, les reins; cette poussée survint, dit la malade, à la suite de l'application d'un topique.

Il y a deux ans et demi, apparition de l'affection actuelle, qui est un eczéma typique, à la main droite. La malade attribue cette éruption à l'influence excitante de frictions à la térébenthine qu'elle fit pendant six semaines à un malade.

L'affection débuta d'abord par des démangeaisons, puis par des vésicules; à ce moment, la malade eut une nouvelle poussée furonculaire à la main et au bras droit: de nombreux boutons suppurèrent.

La poussée furonculaire s'étendit bientôt à tout le corps.

Après cette poussée, apparurent des démangeaisons du côté gauche, mains et bras, puis aux pieds: ces démangeaisons étaient très intenses, elles s'accompagnaient d'une vive sensation de chaleur, exagérée encore par le grattage incessant.

Après une période d'accalmie à peu près complète, qui dura tout l'hiver, la malade fut de nouveau couverte de furoncles tout l'été passé. Au mois d'octobre, l'eczéma reparut pour

s'installer définitivement ; cette nouvelle poussée eczémateuse débuta par la main gauche, puis s'étendit au bras gauche, à la main et au bras droits. Démangeaisons, vésicules, suintement et croûtes.

La malade ne s'est jamais plaint de son estomac. Elle avait bon appétit, digérait bien. Pas de douleurs gastriques, pas de sensation de pesanteur après les repas ; la malade était obligée quelquefois de se desserrer ; parfois aussi elle avait un peu de somnolence, surtout après le repas de midi. Indigestions rares. Pas de vomissements habituels. Pas de pyrosis, pas d'éruptions aigres ou fétides. Constipation habituelle assez marquée. La malade a la mauvaise habitude de manger très vite ; elle a une très mauvaise dentition et mâche très mal. De plus, elle boit beaucoup à ses repas, de l'eau rougie seulement, mais en assez grande quantité. Elle boit encore à plusieurs reprises dans l'après-midi. Le soir, elle mange peu, mais elle boit encore de grands verres d'eau sucrée avant se coucher.

Les nuits seraient bonnes si la malade n'était souvent réveillée par des démangeaisons intenses qui surviennent par crises.

La malade présente un bon aspect général : le faciès est coloré avec quelques veinosités sur le nez. L'eczéma occupe actuellement les deux membres supérieurs, surtout prédominant aux mains, la jambe droite jusqu'à mi-cuisse : depuis quelques jours, la malade ressent des démangeaisons à la jambe gauche ; il n'y a pas encore d'éruption. Aux mains et surtout à droite, la peau est rouge foncé, épaissie, tuméfiée ; autour des poignets, on constate de véritables bracelets d'une rougeur violacée, et où la peau est très épaissie. L'éruption est actuellement sèche, non squameuse.

Aux bras, l'éruption est plus discrète, la peau est moins rouge, mais aussi épaissie.

Il existe également une éruption sur le cou. Les démangeaisons incommode beaucoup la malade ; elles sont presque incessantes, avec des périodes d'exaltation qui durent de quelques minutes à une heure et plus ; aux membres supérieurs, elle éprouve de plus des picotements, des brûlures extrêmement pénibles.

Tous les traitements locaux ont été essayés, aucun d'eux ne paraît avoir agi.

L'exploration de l'estomac est difficile, en raison de l'embonpoint de la malade. Nous ne pouvons dire s'il est dilaté. A jeun, il ne nous a pas paru clapoter. Le clapotage est perceptible après l'ingestion de deux verres d'eau.

Un premier chimisme, pratiqué le 5 juillet, nous a donné les résultats suivants :

Repas d'Ewald, retiré 1 heure $1/4$ après l'ingestion.

Quantité : 70 cc.

Odeur : légèrement aigrelette.

Consistance : assez fluide.

Liquide filtré opalescent.

Acide au tournesol.

Acidité totale : 1.69.

Gunzburg : positif.

HCL libre : 0.36.

HCL total : 1.15.

2^e chimisme, le 20 juillet. — Repas d'Ewald, retiré 1 heure juste après le début du repas.

Quantité : 115 cc.

Par le repos, séparation en trois couches :

Une inférieure, blanche, crémeuse, assez épaisse, occupant 75 cc.

Une moyenne jaunâtre, liquide.

Une supérieure, spumeuse, avec quelques fragments de pain.

Liquide filtré : opalescent.

Odeur : aigrelette.

Acide au tournesol.

Acidité totale : 2.26.

Gunzburg : positif.

HCl libre : 0.40.

HCl total : 1.82.

HCl combiné : 1.42.

Réaction des acides organiques : positive.

Réaction d'Uffelmann donne une teinte jaune-rouge, probablement acide acétique en majeure partie.

Digestion des amylacés par la solution iodo-iodurée : érythro-dextrine.

OBSERVATION IV

(Salle St-Agnès. — Service de M. GAILLETON.)

ECZÉMA SEC DE LA FACE. — ENCHONDROME DE L'OREILLE. —
TROUBLES DIGESTIFS.

C... Jeanne, 34 ans.

Nous n'avons pu avoir que très peu de renseignements sur cette malade.

Elle paraît avoir eu des troubles digestifs depuis sa jeunesse. Entre 18 et 20 ans, elle aurait souffert de véritables crampes d'estomac très douloureuses.

Ces douleurs vives s'atténuèrent, puis disparurent; elles furent remplacées par une sensation de pesanteur après les repas; bâillements fréquents, somnolence, céphalalgie et bouffées de chaleur. Environ une fois par semaine, des vomissements alimentaires assez abondants se faisant sans grands efforts, et précédés d'une sensation de plénitude gastrique. L'eczéma est apparu il y a 1 an 1/2 environ. Il s'est localisé à la face. Démangeaisons, vésicules, suintement. Actuellement, l'éruption est sèche; elle desquame en fines lamelles épidermiques.

Depuis l'apparition de l'eczéma, la malade digère mieux; ses malaises gastriques ont en partie disparu; elle ne vomit que si elle mange avec excès.

Constipation habituelle, de temps en temps débâcles.

L'examen de l'estomac nous a donné les résultats suivants.

L'estomac paraît un peu dilaté, il clapote un peu à jeun.

Après ingestion de 100 grammes d'eau, on perçoit le clapotage, un peu au-dessous de la ligne de Labbé.

Repas d'Ewald, retiré 1 h. 1/2 après.

Quantité, 85 cc.

Aspect, bouillie gris-rougeâtre.

Consistance, assez fluide.

Odeur, un peu aigrette.

Acidité totale, 1,64.

Gunzburg, positif.

HCl total, 1,53.

Nous n'avons pu faire de nouveaux chimismes, la malade ayant été opérée de son enchondrome de l'oreille, et ayant un pansement qui l'empêche d'ouvrir largement la bouche.

OBSERVATION V

(Personnelle.)

Veuve M. ., 28 ans. Concierge.

Père mort d'une affection indéterminée.

Variole à trois ans. Pas d'autre affection dans l'enfance. Réglée à 14 ans, pas très régulièrement; mariée, une petite fille bien portante. Couche normale.

Quelques crampes d'estomac dans la jeunesse, jamais de douleurs très vives.

Eczéma ayant débuté il y a environ un mois, sur la poitrine, les bras, les reins, un peu sur le ventre. La malade est venue plusieurs fois se faire examiner dans le service de M. Gailleton. Traitement : Bains alcalins, pommade à l'acide salicylique et au menthol. Lotions soufrées.

Actuellement, la malade est pâle, les muqueuses sont un peu décolorées; elle n'est pas amaigrie. L'eczéma est en voie de guérison; il n'y a plus que de légères traces squameuses sur la poitrine, près des aisselles. Rien sur le ventre, ni les reins.

Depuis une huitaine de jours, la malade se sent fatiguée; elle accuse des maux de reins, des points de côté, entre les épaules, sous le sein gauche; elle ne tousse pas, ne crache pas et n'a jamais craché de sang. Elle n'a pas été obligée de s'aliter et a pu vaquer à ses occupations; les nuits sont bonnes, sans cauchemars ni rêvasseries; elle ne paraît pas avoir de fièvre.

L'appétit a disparu; il n'y a cependant pas d'anorexie véritable, pas de dégoût électif. Alimentation : café noir, le matin, à jeun; à 8 heures, café au lait. A 11 heures, repas composé d'un œuf, parfois d'un bifteack, peu de vin; la malade mange très vite; la dentition est mauvaise, deux ou trois grosses dents, au

moins sont absentes. Quelquëfois du café à midi, mais pas toujours.

La malade se met toujours à table sans appétit; elle est obligée de se forcer pour manger.

Environ une heure après le repas, sensation de gonflement épigastrique; pas de renvois brûlants ou aigres, pas de régurgitations. La malade se sent alourdie, fatiguée, incapable d'un travail quelconque; elle a des palpitations, des bouffées de chaleur, des sensations de vertige, surtout quand elle se baisse. Jamais de douleurs vraies; les malaises durent une heure ou deux. Jamais de vomissements.

Les mêmes malaises se reproduisent le soir, peut-être moins souvent et moins accentués. Les nuits sont bonnes; la malade n'a jamais vomi la nuit.

Le matin, elle se lève déjà lasse, non reposée par le sommeil.

Elle a perdu son mari, il y a six mois. Elle n'est pas nerveuse, n'a jamais eu de crises de nerfs et n'est pas sujette à pleurer.

Aspect anémique; la malade est pâle. A noter ce fait indiqué par la malade elle-même: que son état gastrique était meilleur quand l'eczéma était en pleine évolution. Le redoublement de ses malaises a coïncidé avec l'amélioration de son éruption. Actuellement, l'éruption a disparu en grande partie.

Examen physique de l'estomac: clapotage très net, s'entendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Pas de succussion.

Chimisme. — Repas d'Ewald: retiré 1 heures après.

Quantité: 175 cc.

Aspect: blanchâtre.

Odeur: aigrelette.

Acidité totale: 1.64.

Gungburg: positif.

HCl libre: 0,18.

HCl total: 1,37.

Odeur acétique.

Légère teinte jaune-rougeâtre par le réactif d'Uffelmann.

Erythrodextrine.

OBSERVATION VI

Salle Sainte-Camille, n° 15 (Service de M. GAILLETON.)

S. V..., 58 ans, manœuvre.

Marié deux fois ; de son premier mariage, un enfant, mort jeune, probablement tuberculeux. Sa première femme est d'ailleurs morte de la tuberculose pulmonaire.

Pas d'enfant de son deuxième mariage.

Habitudes alcooliques. Pas de syphilis.

Il y a vingt ans, en sortant de son travail, le malade fut pris d'une douleur brusque au genou gauche, et d'impotence fonctionnelle. Il put cependant retourner à son travail, mais depuis il a toujours boité ; le matin, quand il se lève, il souffre et ne peut bouger sa jambe ; quand il a fait quelques pas, la jambe se déraïdit et il marche mieux. Il souffrait surtout au niveau du genou ; il n'y a jamais eu de gonflement ; actuellement les douleurs siègent plutôt dans la région lombaire et au niveau de la fesse gauche. Fourmillements. Atrophie musculaire progressive de la jambe gauche. Cette atrophie est assez marquée à la cuisse et dans toute la jambe ; la fesse est également atrophiée. Pas de troubles sensitifs bien nets, pas d'erreurs de localisation.

Le malade marche en boitant ; il semble qu'il y ait un léger raccourcissement du côté malade ; il ne peut fléchir le tronc du côté gauche ; quand on lui commande de ramasser un objet il le fait avec la main droite, en fléchissant la jambe droite et en étendant en arrière la jambe du côté malade.

Pas de déviation de la colonne vertébrale ; la percussion des apophyses épineuses n'est pas douloureuse.

Apparition d'un eczéma il y a environ deux mois, à la jambe droite, au mollet d'abord, puis généralisation aux deux avant-bras, face externe, enfin à la jambe gauche ; l'éruption a été assez prurigineuse et très suintante ; actuellement, elle est sèche, squameuse : la peau est dure, épaissie, il y a encore du prurit.

Le malade n'a jamais eu une alimentation régulière ; à certaines périodes, il a mangé à peine à sa faim.

L'appétit n'a jamais été bien vif ; le malade n'était pas gros mangeur, même quand il le pouvait.

Jamais de vomissements.

Malaise le matin à jeun.

Son aspect général est bon ; le facies est coloré ; cercle sénile assez marqué ; le malade n'a jamais été gros.

Depuis qu'il est à l'hôpital, il va, dit-il, mieux : ses malaises du matin ont beaucoup diminué ; il a le soin de partager son repas en plusieurs petits repas qu'il fait à intervalles de une heure ou deux ; il prétend qu'avec ce système, il mange beaucoup mieux.

Il n'est pas constipé.

Examen physique de l'estomac : clapotage à jeun ; dilatation de l'estomac.

1^{er} chimisme, 13 juin.

Repas d'Ewald, retiré une heure après.

Quantité : 120 cent. cubes.

Aspect : bouillie grisâtre assez liquide ; quelques fragments de pain mal digérés.

Odeur : aigrelette.

Liquide filtré, coloration jaune.

Acidité totale : 1,53.

Gunzburg : positif.

HC libre : 0,38.

2^e chimisme 25 juin.

Repas d'Ewald : retiré une heure après.

Quantité : 125 cent. cubes.

Aspect : liquide grisâtre.

Trois couches : *une inférieure*, avec fragments de pain.

Une moyenne, liquide trouble, jaunâtre.

Une supérieure, avec fragments mal digérés.

Acidité totale : 1,38.

Gunzburg : positif.

HC libre, 0,39.

Fermentation acétique légère.

OBSERVATION VII

R..., chauffeur, 64 ans.

Rougeole à 5 ans. Pas d'autre affection dans l'enfance. A fait 18 ans de service, dont 13 en Afrique et 5 au Mexique. Dysenterie en Afrique pendant un an. Selles très nombreuses et très sanguinolentes. Le malade revint en 1874.

Pas de syphilis, aucune affection génitale.

Affection pulmonaire il y a 20 ans; le malade serait resté deux mois au lit: il toussait relativement peu et n'a jamais craché du sang. Il vomissait toutes les fois qu'il absorbait quelque chose de chaud.

Nouvelle affection, qualifiée de fluxion de poitrine par le malade, il y a 4 ans; elle dura un mois; de nouveau le malade eut des vomissements qui ne manquaient jamais chaque fois que le malade buvait quelque chose de chaud.

Alcoolisme ancien. Il y a 2 ans $1/2$, apparition d'un eczéma au bras gauche, à la suite d'excès alcooliques. Aucun symptôme gastrique n'a précédé l'apparition de l'eczéma. Appétit normal et bonnes digestions. Sur les conseils d'un médecin, le malade s'est cependant mis au bicarbonate de soude, qu'il n'a plus cessé.

Généralisation de l'eczéma au bras droit, surtout vers le pli du coude, aux mains; rien aux jambes.

Actuellement bonne santé. Le teint est rouge, veinosités nombreuses. Cercle sénile assez marqué. Léger tremblement des doigts.

Le malade boit environ un litre de vin par jour, coupé d'eau avec du bicarbonate de soude. Le matin, à jeun, café et arquebuse. A midi, vin de gentiane, comme apéritif; 3 ou 4 fois par semaine seulement, quelquefois de l'absinthe. Café ou cognac à midi.

Bon appétit, bonnes digestions; les repas sont pris rapide-

ment, la dentition est mauvaise. Pas de constipation, pas d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Les nuits sont bonnes, sans cauchemars, ni rêvasseries. Pas de vision de petits animaux.

Examen physique de l'estomac :

Légère dilatation de l'estomac.

Clapotage à jeun.

Clapotage très net après injection d'eau.

Repas d'Ewald : retiré 1 heure après.

Quantité : 100 cc.

Consistance assez liquide.

Inodore.

Neutre, au tournesol.

Acidité totale : 0,29.

Gunzburg : négatif.

HCl total : 0,10.

Acides organiques, 0,19.

Fermentation lactique.

Réaction du Biuret. Syntonine.

Digestion des amylacés. Erythrodextrine.

La coloration bleue, apparaît 90 minutes seulement dans l'urine, après injection de 1 gramme de salol.

Nous l'avons encore constatée, au bout de 30 heures.

OBSERVATION VIII

L..., Jean-Marie, Saint-Alexandre, n° 12, cultivateur. Agé de 54 ans, à Thélis-la-Combe (Loire).

Repas d'Ewald et Boas, le 28 juin 1901.

Retiré 1 heure après.

Quantité : 80 gr.

AT. : 1.45.

Gunzburg, négatif.

HCl total : 1.20.

Acides organiques : 0,25. Uffelmann : positif.

13 juillet 1901. — Clapotage léger à jeun.

Repas d'Ewald et Boas.

Avant de le retirer, recherche du clapotage. Clapotage très net. Estomac dilaté.

Le repas est retiré 1 h. après.

Quantité : 150 cc.

Aspect : Bouillie grisâtre.

Tournesol : acide.

A. T. : 0,80

Gunzburg : négatif.

HCl total : 0,62.

Uffelmann : positif, teinte jaune, rougeâtre.

Bourget : — — — —

Biuret : teinte rose, peptone ou propeptone.

Digestion des amylacés : érythrodextrine.

Le malade étant complètement sourd, l'observation n'a pu être prise.

OBSERVATION IX

(Personnelle. — Service de M. le Dr Gailleton.)

T. Elisa, 19 ans, domestique.

Antécédents héréditaires : Père mort à 86 ans. Mère vivante, a quelques maux d'estomac, 19 enfants, dont 10 vivants et bien portants.

Pas de dermatose dans la famille.

Antécédents personnels : La malade a été une enfant malade; elle a présenté à plusieurs reprises des adénites et des périostites dont on constate actuellement les traces sous forme de cicatrices, au cou derrière l'oreille gauche, à la jambe droite au niveau de la malléole interne.

Réglée à 14 ans. A 15 ans, la malade était, dit-elle, complètement sourde: on lui enleva des végétations adénoïdes du pharynx et on lui fit en même temps des lavages auriculaires;

à la suite de cette opération, elle a recouvré l'ouïe. L'an passé, Monsieur Garel lui enleva encore quelques végétations adénoïdes.

Au mois de février de cette année (1901) apparition d'un eczéma sur les jambes et les épaules, éruption d'ailleurs assez discrète; cet eczéma disparut assez vite, mais bientôt après il apparaissait de nouveau, cette fois aux deux seins, et très confluent. L'éruption est rouge et suintante.

La malade n'accuse aucun trouble gastrique jusqu'à cette année: pas d'habitudes alcooliques, bonne alimentation habituelle, assez régulière. A signaler cependant, que la malade mange très vite, la plupart du temps debout et est obligé de par son métier, de se déranger très souvent pendant son repas. La dentition est bonne. Bonnes digestions. Appétit normal.

Début des troubles gastriques, en même temps, dit la malade, que l'eczéma des bras et des épaules.

Rétrécissement de l'œsophage apparu au mois d'avril; début brusque. Traitée à l'Hôtel-Dieu, par la dilatation progressive.

La malade n'a avalé aucun liquide corrosif: elle n'est pas syphilitique; aucun signe de tuberculose.

A l'Hôtel-Dieu, elle régurgitait tout ce qu'elle prenait. On la cathétérisait trois fois par semaine; elle sortit très améliorée.

Quelque temps après, elle entre à l'Antiquaille (service de la clinique), pour son eczéma; elle y resta 2 mois, elle sortit également très améliorée.

Elle rentre à la clinique pour son eczéma des seins, le 2 juillet 1901.

Etat actuel. — La malade a l'aspect d'une fille vigoureuse; elle a le faciès coloré; son système musculaire est bien développé. Elle parle en nasonnant un peu et a souvent la bouche ouverte: pas d'écoulement de salive par les commissures: la nuit, elle ronfle souvent.

Interrogée sur ses troubles œsophagiens, elle nous dit qu'il lui semble qu'elle ressent à nouveau une constriction au niveau du cou; ses aliments paraissent s'arrêter en un point; elle ne vomit pas. L'auscultation pratiquée en arrière, en même temps que la malade boit un verre d'eau, est restée négative.

Son eczéma s'étend sur les deux seins, quelques vésicules aussi sur le ventre, l'irruption est confluyente, rouge, suintante.

Interrogée sur ses fonctions digestives, elle nous dit avoir commencé à souffrir de l'estomac peu avant l'apparition de son premier eczéma.

Actuellement, elle accuse des pesanteurs après le repas, pas de vomissements alimentaires, pas de vomissements muqueux; pyrosis fréquent, l'ingestion d'aliments la calme momentanément, la malade ressent à jeun des vertiges; elle a le matin, de la lassitude, de la brisure des membres.

Constipation habituelle, beaucoup plus accentuée autrefois que maintenant.

Les nuits sont bonnes, sans cauchemars, la malade n'a jamais vomi la nuit.

La malade présente quelques stigmates hystériques; anesthésie cornéenne et pharyngée; pas d'ovaralgie; elle a eu quelques crises de nerfs où ses bras se tordaient, jamais de perte de connaissance.

Rien au cœur.

Rien aux poumons.

Repas d'Ewald, retiré une heure après.

Quantité : 85 cc.

Aspect : bouillie rougeâtre.

Par le repos, deux couches, une inférieure, grisâtre; une supérieure, rougeâtre, avec fragments bien digérés.

Acidité totale : 1.50.

Gunzburg : positif.

HCl libre : 0.32.

Acides organiques.

Fermentation acétique légère.

Réaction de Biuret : peptone.

OBSERVATION X

V..., Alice, 28 ans, ménagère.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 16 ans, règles abondantes, régulières.

M. 7.

Gale à 18 ans. Pas d'alcoolisme, pas de rhumatismes.

Mariée depuis 5 ans. Deux enfants vivants et bien portants : l'un d'eux a un eczéma aux jambes; il a été nourri par sa mère qui avait déjà de l'eczéma.

Début de l'eczéma il y a 4 ans. La malade attribue cette affection à ce fait, qu'elle a été accouchée de son premier enfant, par une accoucheuse qui avait, dit-elle, du mal aux mains.

L'eczéma débute, peu après l'accouchement, sur la face dorsale des doigts et du poignet gauche; après une période de vésiculation, suivie de suintement et de desquamation, l'éruption passa à la main droite.

Actuellement, il en existe sur les deux mains, et un peu sur le nez.

La malade raconte elle-même que son eczéma augmente toujours avant ses règles, pour s'atténuer dès qu'elles sont passées.

Misère physiologique : la malade s'est toujours assez mal alimentée : elle mangeait parfois à peine à sa faim et presque uniquement des pommes de terre et du porc.

Elle est très sujette aux maux d'estomac, elle paraît avoir de véritables crampes très douloureuses. Névralgies dans les membres.

Actuellement, la malade est pâle, un peu maigre; elle a l'aspect anémique; elle ne tousse pas et n'était pas sujette à s'enrhumer; elle n'a jamais craché de sang.

Il existe de l'eczéma sur les deux mains et sur la face dorsale des doigts; il en existe également un peu à la face, sur le front, les tempes et le nez; l'éruption est squameuse, légèrement suintante sur le nez.

Elle n'a pas actuellement de douleurs gastriques, mais ses digestions sont toujours lentes et pénibles; elle est très fréquemment obligée de se desserrer après les repas; la période digestive est accompagnée de lourdeur de tête, de bouffées de chaleur au visage. Avant d'entrer à l'hôpital, elle ne pouvait digérer qu'en prenant après son repas, des infusions chaudes. Pas d'anorexie. La malade mange vite et mâche mal; sa dentition n'est pas mauvaise; la langue n'est pas saburrale.

La malade ne vomit pas et n'a jamais vomi après ses repas;

elle a fréquemment des aigreurs et des renvois fétides. Pas de vomiturations matutinales ; jamais de vomissements la nuit.

Constipation habituelle, la malade reste fréquemment trois ou quatre jours sans aller à la selle ; elle a parfois de la diarrhée.

Le sommeil est bon, pas de cauchemars.

Examen physique de l'estomac :

Pas de clapotage à jeun ;

Pas de clapotage après ingestion d'eau ;

Pas de dilatation.

Nous avons pratiqué chez cette malade, deux chimismes.

Le premier, fait le 13 juillet, nous a donné les résultats suivants :

Repas d'Ewald, retiré une heure après.

Liquide extrait :

Quantité : 50 cc.

Coloration : jaune bouton d'or ;

Odeur : vin blanc légèrement fermenté.

Consistance : liquide, très peu de grumeaux.

Acide au tournesol.

Acidité totale : 1.83.

Gunzburg : positif.

Acide total : 1.35.

HCl libre : 0.20.

Réaction des acides organiques : positive.

Réaction d'Uffelmann : teinte jaune rougeâtre.

Réaction de Bourget : teinte jaune rougeâtre.

Recherche de la digestion des amylacés : érythrodextrine.

Réaction du Biuret : propeptone et peptone.

Deuxième chimisme. — Repas d'Ewald et Boas.

Quantité : 95 cc.

Coloration : jaune verdâtre.

Consistance : assez liquide.

Odeur : aigrette.

Liquide filtré : légèrement opalescent.

Acide au tournesol.

Acidité totale : 2.05.

Gunzburg : positif.

HCl libre : 0.328.

HCl total : 1.53.

Réactions des acides organiques : positives.

Uffelmann : teinte jaune, légèrement rougeâtre.

Bourget : teinte jaune, légèrement rougeâtre.

Pas d'odeur butyrique, donc probablement acide acétique.

OBSERVATION XI

ECZÉMA. — TROUBLES GASTRIQUES LÉGERS.

EXCÈS ALCOOLIQUES

P..., François, mécanicien, 28 ans.

Repas d'Ewald et Boas : retiré une heure après.

Quantité : 72 cc.

Odeur : aigrette.

Consistance : moyenne.

Coloration : grisâtre.

Acidité totale : 0,62.

Gunzburg : négatif.

HCl total : 0,54.

Acides organiques : 0,08.

R. d'Uffelmann : coloration jaune rougeâtre.

R. de Bourget : légère.

Odeur acétique.

Le malade qui devait revenir le lendemain, n'est pas revenu.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. REYNARD, interne des Hôpitaux.)

M..., Marie-Louise, 17 ans, ourdisseuse.

Père et mère vivants et bien portants. Quatre frères ou sœurs bien portants.

Nourrie par sa mère. Variole à 7 ans. Opération à la Charité il y a cinq ans : on lui enleva des ganglions cervicaux non

suppurés, mais qui exerçaient, semble-t-il, des troubles de compression. Actuellement, il reste une cicatrice le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, s'étendant jusqu'à la clavicule. La malade est très sujette à s'enrhumer les hivers ; elle n'a jamais eu de bronchite véritable, n'a jamais craché le sang.

Eczéma au mois de décembre, d'abord aux deux seins, ayant duré jusqu'en mars, puis ayant disparu ; réapparition quelque temps après au petit doigt de la main droite, puis aux deux mains. Aucun trouble gastrique ; bonnes digestions habituelles. Appétit normal, régulier.

Constipation habituelle, légère. Bâillements répétés.

Examen physique de l'estomac :

Rien à signaler.

Légère hypochlorhydrie : 1,30.

Pas d'acide chlorhydrique libre.

OBSERVATION XIII

ECZÉMA DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE. — TROUBLES GASTRIQUES ANCIENS

Homme 25 ans, dessinateur. Père et mère vivants et bien portants : le père est rhumatisant et, de plus, il a eu une hémiplégie dont il est actuellement guéri. Un père bien portant. Pas d'eczéma dans la famille.

Enfance malade. Rougeole à 5 ans. Plusieurs bronchites ; le malade n'a jamais craché de sang. Pas d'alcoolisme. Depuis trois ans, le malade souffre de l'estomac : il mangeait au restaurant et se nourrissait assez mal. Il fumait beaucoup.

Douleurs gastriques débutant deux heures environ après le repas, et durant deux ou trois heures : caractère de véritables crampes très douloureuses ; le malade se sentait serré comme dans un étau. Ces douleurs étaient assez intenses, par moments, pour le forcer à quitter son travail. Dans l'intervalle des douleurs, aigreurs, pyrosis, régurgitations brûlantes.

Vomissements après le repas de midi ; sans efforts, le malade vomissait une gorgée de matières alimentaires ; ce vomissement survenait une heure seulement après la fin du repas.

Après le dîner du soir, les mêmes phénomènes se reproduisaient, en rapport avec la quantité des substances ingérées.

Appétit très diminué : le malade mange vite et mâche très mal.

Début de l'eczéma il y a environ 1 an 1/2 par des démangeaisons dans les deux oreilles, suivies de croûtes ; le coton introduit dans les oreilles était quelquefois retiré humide. Pas d'écoulement purulent ou séro-purulent, surdité légère.

Durée : cinq à six mois. Guérison. Puis apparition d'une plaque eczémateuse au bras, vésicules, suintements, croûtes. Durée : quatre mois, puis retour de l'eczéma auriculaire.

Actuellement, croûtes surtout marquées à droite, et rougeur du conduit : démangeaisons continuelles, surtout crépusculaires.

Pas de troubles de l'audition.

L'état gastrique s'est amélioré sous l'influence d'un régime sévère ; actuellement, le malade, après ses repas, éprouve surtout du malaise de la pesanteur, il a encore quelques aigreurs, des éructations, bâillements répétés après les repas.

Le malade a refusé la sonde.

OBSERVATION XIV

(Service de M. GAILLETON.)

L. . . , Maurice, cultivateur, 21 ans, salle St-Alexandre, 11.

Père et mère vivants et bien portants.

Une sœur bien portante, mais faible d'esprit.

Pas d'antécédents nerveux dans la famille. Pas d'eczéma chez les parents.

Nourri par la mère, qui avait un deuxième nourrisson.

A 5 mois, convulsions, à la suite desquelles l'enfant est resté paralysé du côté gauche. Actuellement, il marche, mais en traînant la jambe gauche qu'il ne peut fléchir.

Le bras est également paralysé ; le malade peut à peine s'en servir ; la main est en extension forcée, les doigts sont contracturés en flexion extrême, surtout le médius.

Tics convulsifs de la face : la bouche est constamment le siège de contractions sitôt que le malade veut parler, le malade bégaye ; la parole est difficile, bredouillante, souvent incompréhensible. Pas de troubles intellectuels appréciables.

Bonnes digestions habituelles. Appétit normal. Constipation : le malade reste souvent 2 ou 3 jours sans aller à la selle ; actuellement, il y va un peu plus régulièrement.

Apparition d'un eczéma il y a 3 ans, autour des lèvres, surtout marqué au-dessus de la lèvre supérieure. Un an et demi après, généralisation aux deux poignets, puis aux mains et aux bras ; l'éruption est prédominante à droite, sur la face dorsale de la main et sur la face dorsale de la première phalange des doigts. Actuellement, l'éruption est croûteuse. Quelques vésicules sur la face externe du bras ; à la face palmaire du poignet droit, on constate une plaque d'eczéma de la dimension d'une pièce de 5 francs, rouge. A gauche, l'éruption est moins prononcée, moins rouge, et nettement à la période de desquamation.

Le malade n'accuse aucun trouble digestif : les digestions sont normales, l'appétit régulier. Jamais d'excès alcooliques.

Examen physique de l'estomac :

Pas de clapotage à jeun.

Léger clapotage après ingestion de 100 gr. d'eau.

L'estomac ne paraît pas dilaté.

1^o Examen chimique :

Repas d'Ewald, retiré 1 h. après.

Quantité : 90 cc.

Coloration : grisâtre.

Odeur : faible, légèrement butyrique.

Liquide filtré : clair, limpide, ambré.

Acidité totale : 0,39.

Gunzburg : négatif.

Par suite d'un accident, ce chimisme n'a pu être poussé plus loin.

2^o Chimisme : 5 jours plus tard.

Repas d'Ewald : retiré une heure après.

Quantité : 75 cc.
Coloration : grisâtre.
Odeur : légèrement butyrique.
Liquide filtré : très pâle, limpide.
Acidité totale : 0,40.
Gungburg : négatif.
HCl total : 0,40.
Réaction d'Uffelmann : positive.
Acide lactique et lactates.
Acide butyrique et butyrates.
- Epreuve du salol : la coloration bleue n'est pas encore apparue 1 heure 3/4 après l'ingestion de 1 gramme de salol.
3^e chimisme : 15 jours après.
Repas d'Ewald : retiré une heure après.
Quantité : 60 cc.
Coloration : gris rougeâtre.
Tournesol : Acide.
Filtration : lente.
Acidité totale : 0,40.
Gungburg : négatif.
HCl total : 0,29.
Fermentation lactique et butyrique.
Erythrodextrine.

OBSERVATION XV

R... Claude, 14 ans.

Père et mère vivants. Le père est albuminurique depuis déjà longtemps. La mère se porte actuellement bien ; elle a eu à plusieurs reprises des abcès dans la région axillaire ; il y a trois ans, à la suite d'un double abcès, apparition d'une éruption boutonneuse, rouge et assez prurigineuse à la nuque ; cette éruption aurait duré six mois. Bon appétit et bonnes digestions actuelles ; il y aurait eu quelques troubles digestifs à l'occasion de l'éruption signalée, ou quelques temps auparavant ; trois enfants : une petite fille, morte à trois mois de la coqueluche ; une fille, âgée de 18 ans, bien portante, mais très

sujette aux indigestions. A part l'éruption signalée chez la mère il y a trois ans, pas d'autre dermatose dans la famille.

Le malade n'a pas été nourri par sa mère, il a été mis en nourrice au bout de neuf jours, en Savoie. Sa nourrice ayant très peu de lait, il fut sevré de très bonne heure, à trois ou quatre mois ; dès lors, il paraît avoir été très mal alimenté, sous le rapport de la quantité et surtout de la qualité. Vacciné à onze mois, il a eu à ce moment un abcès de la cuisse qui s'est ouvert spontanément.

Rougeole à 5 ans. Presque immédiatement après, coqueluche qui paraît avoir été intense.

Depuis, bonne santé. Quelques maux de reins de temps en temps.

Au point de vue des fonctions digestives, l'enfant ne paraît pas avoir présenté jamais de troubles sérieux. La mère ne peut préciser si dans sa première enfance il était sujet aux troubles intestinaux. De 11 à 18 mois, il retourna chez sa nourrice, son alimentation continua à être défectueuse : alimentation mixte composée de lait et surtout de pommes de terre et de châtaignes.

A 18 mois, il revint chez sa mère : son alimentation fut celle du reste de la famille ; il mangeait beaucoup de soupe.

Etat actuel. — Le malade vient à l'hôpital pour son eczéma. Le malade n'accuse actuellement aucun trouble digestif ; l'appétit est normal, régulier, soutenu, les digestions sont faciles ; il n'y a jamais de vomissements, ni de douleurs après les repas. Pas de malaises, pas de pesanteur au creux épigastrique.

Le malade, dès le matin au réveil, a bon appétit, il boit du café au lait, jamais de café noir, ni de liqueur.

Il mange très vite aux repas et boit en assez grande quantité mais seulement de l'eau rougie ; le soir du lait.

Bonne dentition. Les nuits sont bonnes, sans cauchemars, ni rêvasseries.

Examen physique de l'estomac.

Clapotage facile à provoquer.

Première exploration, 16 juin 1901

Repas d'Ewald et Boas, 1 heure et 1/4 après ; à peine 30 cent. cubes de liquide, la sonde ne retire rien ou presque rien.

Deuxième exploration, 21 juin 1901.

Repas de G. Sée, retiré une heure et 1/2 après.

La sonde ne retire rien, mais les efforts que fait le malade déterminent un vomissement abondant.

Vomissement : 225 grammes.

Bouillie café au lait clair.

Odeur : aigrette très prononcée.

Consistance : assez épaisse.

A. T. — 201.

Gunzburg : négatif.

Uffelmann : coloration bouton d'or.

Bourget : positif.

Acide lactique et lactates.

Résidu : odeur butyrique très prononcée.

HCl total : 1.20.

Acides organiques : 0.84.

Chimisme, du 27 juin 1901.

Repas de G. Sée : retiré 1 heure 45 après.

125 grammes : bouillie rougeâtre, assez fluide, bien digérée.

Odeur : un peu butyrique.

A. T. : 1.93.

Gunzburg : négatif.

Vert brillant : vert pré.

Uffelman : négatif.

Bourget : positif.

Chimisme du 5 juillet 1901.

Repas de G. Sée : retiré 1 heure 45 après.

175 grammes : bouillie gris rougeâtre, assez épaisse, grumeaux d'un certain volume.

Odeur : aigre.

A. T. — 1.10.

Gunzburg : positif.

Vert brillant, vert-pré.

HCl libre : traces.

HCl total ; 0,76.

Acides organiques, 0,34 : surtout acide butyrique.

§ III.—DÉDUCTIONS CLINIQUES TIRÉES DES OBSERVATIONS

Des quinze observations qui constituent notre part contributive personnelle à l'étude des troubles gastriques dans l'eczéma, nous pouvons tirer certaines conclusions. Faisons tout d'abord remarquer, que n'ayant pu nous procurer d'observations étrangères pourvues de chimismes, c'est à nos seules observations personnelles que nous aurons recours, et c'est elles seules qui seront ici en cause.

Nous aurons successivement à envisager ce qui concerne la sécrétion, ce qui concerne la mobilité et l'absorption.

I. Si nous comparons, au point de vue de l'acidité totale, nos diverses observations, nous constatons tout d'abord, que dans aucune d'elles, elle ne nous a paru augmentée. L'acidité totale, en effet, dit M. Bouveret, varie, chez les gens sains, après un repas d'épreuve de 1.82 à 2.36. Or, dans deux de nos observations seulement, cette acidité s'est élevée au-dessus de deux grammes par litre : dans un cas, elle était de 2.26, chiffre maximum que nous ayons obtenu ; dans l'autre, elle a varié de 1.93 à 2.04, nous pouvons donc au moins, en ce qui concerne les cas que nous avons personnellement étudiés, établir :

1^o Que l'acidité totale après le repas d'épreuve est rarement augmentée, chez les eczémateux.

Cette première constatation établie, et considérant

attentivement les divers chiffres de l'acidité totale, nous voyons que nos observations peuvent se partager en deux groupes : celles où l'acidité totale est normale ou légèrement diminuée, celles où l'acidité totale est très faible.

Les premières sont les plus nombreuses ; les chiffres qui accusent l'acidité totale ont varié, dans la majorité des cas, entre 1 gr. 20 et 1 gr. 60. Ces chiffres témoignent d'une légère hypoacidité, si nous prenons comme base les chiffres indiqués par M. Bouveret. Mais il est quelques observations où cette acidité totale est très faible ; trois cas nous ont paru particulièrement intéressants : dans l'observation de P..., mécanicien, 25 ans, nous avons trouvé 0.60 d'acidité totale ; dans celle de L..., Maurice, 21 ans, l'acidité totale, dosée dans trois chimismes successifs, pratiqués à 8 ou 15 jours d'intervalle, nous a donné le chiffre constant de 0.40.

Enfin, le dosage de l'acidité totale du suc gastrique de R..., chauffeur, 64 ans, nous a fourni un chiffre encore plus faible, 0.29. Trois observations sont insuffisantes pour exprimer des conclusions fermes. Nous pouvons, cependant, croyons-nous, en nous basant sur ces trois cas, conclure :

2^o Que l'acidité totale est parfois très diminuée chez les eczémateux.

Notons bien qu'il ne s'agit pas ici de chiffres observés une fois seulement : dans une des observations, le chimisme a été pratiqué trois fois ; dans les deux autres, deux fois seulement ; dans tous les

cas, il a donné des résultats à peu près constants; les écarts ont été insignifiants.

La conclusion générale que nous pouvons tirer des dosages de l'acidité totale que nous avons faits chez nos malades sera donc la suivante :

L'acidité totale est, chez les eczémateux, parfois à peu près normale, le plus souvent diminuée dans des proportions variables; dans quelques cas, cette diminution est considérable. Elle est très rarement augmentée.

II. Dans tous nos chimismes, nous avons dosé aussi exactement que possible l'acide chlorhydrique et nous avons chaque fois cherché, à l'aide de la phloro-glucine-vanilline, l'acide chlorhydrique libre.

Les résultats auxquels nous sommes arrivé, ont été inconstants, tantôt la réaction a été positive, tantôt elle a été négative. Un cas nous a paru particulièrement intéressant, c'est celui du jeune R. Claude, 14 ans, dans le suc gastrique de qui, malgré une acidité totale supérieure à 2 gr. nous n'avons pu trouver d'acide chlorhydrique libre, et cela, dans plusieurs analyses successives.

Toutes les fois que la réaction de Gunzburg a été positive, nous avons fait, par le procédé de M. Mintz, le dosage de l'acide chlorhydrique libre. Nous avons toujours trouvé des chiffres faibles.

Quant à l'acide chlorhydrique total, nous avons constamment cherché à en déterminer aussi exactement que possible la quantité. Le procédé auquel,

constamment nous avons eu recours est le procédé Hehner et Seemann.

Le chiffre le plus élevé que nous ayons trouvé est 1.82, le chiffre le plus faible 0.10, et nous l'avons rencontré chez deux malades (précisément ceux dont l'acidité totale était très faible); dans un autre cas, il était de 0.54.

Si nous nous reportons aux chiffres donnés par M. Bouveret, dans son livre des maladies de l'estomac, nous voyons que M. Bouveret donne comme limites extrêmes de l'acide chlorhydrique total, dans les conditions normales, après un repas d'épreuves, de 1.50 à 2.25.

Une seule fois, nous avons trouvé un chiffre comparable : dans tous les autres cas, l'acide chlorhydrique total était au-dessous de ces chiffres. Nous en pouvons donc conclure :

Que les eczémateux sont en général des hypochlorhydriques.

III. — Enfin, nous avons recherché les acides organiques. Tous les sucs gastriques d'eczémateux que nous avons analysés nous ont paru en contenir en quantités variables.

Nous nous sommes borné à la constatation de ces acides organiques, et nous n'en avons pas cherché le dosage. Cependant, nous ne croyons pas que dans aucun des sucs gastriques que nous avons examinés personnellement, le taux de ces acides organiques ait atteint les chiffres que Robin et Leredde signalent comme relativement fréquents chez les

eczémateux. L'acide lactique s'est présenté un certain nombre de fois, décelé par la teinte jaune bouton d'or qu'il donne en présence du réactif d'Uffelmann : dans deux ou trois cas, la réaction a été assez intense pour que nous en ayons conclu que la présence de cet acide était pathologique. On sait, en effet, que l'acide lactique est un des produits normaux de la digestion gastrique dans bon nombre de circonstances ; mais alors il n'existe dans le suc gastrique qu'en quantité minime, aussi peut-on, toutes les fois qu'il s'y trouve en quantité notable, accuser une fermentation anormale.

L'acide butyrique est, lui, un produit tout à fait anormal de la digestion gastrique ; toutes les fois qu'il existe dans un liquide gastrique on peut affirmer que sa présence est pathologique. Il donne, comme l'acide acétique d'ailleurs, en présence du réactif d'Uffelmann, une coloration jaune, tirant sur le rouge, bien différente de la coloration jaune bouton d'or, produite par l'acide lactique. Il est facile d'apprécier cette différence de coloration et d'éviter cette cause d'erreur, en comparant avec un tube indicateur contenant de l'acide lactique. D'ailleurs, l'odeur de beurre rance que répandent les liquides gastriques contenant de l'acide butyrique empêche la confusion.

Nous avons constaté deux ou trois fois la présence d'acide butyrique ou de butyrates dans les liquides gastriques que nous avons examinés. Le liquide extrait, après les repas d'épreuve de G. Sée, chez le

jeune R. . . Claude, 14 ans, en contenait de notables proportions.

L'acide acétique est également un produit anormal de la digestion. Il se reconnaît, par le réactif d'Uffelmann, à la même teinte jaune rougeâtre qui caractérise l'acide butyrique; il s'en distingue en ce qu'il ne trouble pas le liquide, et surtout parce qu'il ne possède pas l'odeur écœurante de l'acide butyrique : il répand, au contraire, une odeur aigrelette, un peu analogue à celle du vin blanc fermenté.

L'acide acétique est de tous les acides de fermentation, celui que nous avons rencontré le plus souvent; en mettant à part deux cas où la fermentation butyrique était évidente, deux ou trois cas où il existait de l'acide lactique ou des lactates en proportion anormale, les autres cas nous ont tous présenté de l'acide acétique. Et comme cette constatation nous l'avons faite surtout chez des hommes âgés ou ayant atteint la moyenne de la vie, nous serions porté à croire que la fermentation acétique est particulièrement fréquente chez les sujets qui ont ou ont eu des habitudes alcooliques.

Nous en avons fini avec les acides organiques, et la constance avec laquelle nous les avons rencontrés dans le suc gastrique de nos eczémateux, nous dicte cette troisième conclusion :

Les eczémateux présentent, dans la majorité des cas, sinon tous, des fermentations gastriques.

Telles sont les conclusions que nous formulerons au sujet des troubles de la sécrétion que nous avons

constatés dans nos cas d'eczémas. Il nous reste maintenant à signaler les résultats de l'exploration de la motilité.

Trois modes d'exploration s'offraient à nous :

1^o L'examen clinique.

2^o L'épreuve du salol.

3^o La considération de la quantité de bouillie stomacale extraite au bout d'un temps déterminé, après un repas d'épreuve.

Ces trois modes d'exploration ont été employés par nous. Toutefois, les deux premiers modes, exploration clinique et épreuve du salol présentant des difficultés pour les malades de l'extérieur, c'est surtout le troisième mode que nous avons pris en considération pour les conclusions que nous avons cherché à tirer au sujet de la motilité gastrique chez nos eczémateux. En effet, les malades que nous avons examinés se divisent en deux groupes : les uns, malades hospitalisés étaient continuellement à notre disposition ; nous avons pu facilement chez eux palper, percuter leur estomac, rechercher dans leurs urines la teinte violette, que normalement on doit trouver 60 à 70 minutes après l'ingestion d'un cachet de un gramme de salol, quand on verse dans l'urine quelques gouttes d'une solution étendue de perchlorure de fer ; les autres, malades non hospitalisés, venaient à l'Antiquaille uniquement pour se faire extraire leur repas d'épreuve ; nous ne pouvions donc les voir à jeun ; d'autre part, ils arrivaient tout habillés et il devenait difficile dans ces conditions de les

examiner, au point de vue clinique, complètement.

La quantité de bouillie extraite de l'estomac, au bout d'un temps déterminé, après un repas d'épreuve, donne des indications précieuses sur l'état de la motilité gastrique.

A l'état normal, une heure après le repas d'Ewald et Boas, la sonde extrait en moyenne 40 cc. de contenu stomacal ; les variations ne vont pas au delà de 15 cc.

D'après M. Boas, si ce chiffre normal est notablement dépassé, il faut conclure que la motilité et l'absorption sont diminuées ; si la quantité s'élève à 300 grammes et au dessus, il existe un obstacle au pylore. Inversement, la motilité est exagérée si la quantité de liquide extraite est inférieure à 40 cc. Une heure et demie à deux heures après le repas de G. Sée, on obtient à peu près la même quantité de bouillie stomacale.

De la comparaison de nos observations, il résulte les conclusions suivantes :

1° Nous n'avons jamais trouvé l'estomac vide, une heure après le repas d'Ewald et Boas.

2° Nous avons toujours retiré une quantité de bouillie stomacale égale et souvent supérieure à 40 cc.

3° La quantité de bouillie extraite a parfois atteint et dépassé même 150 ou 200 centimètres cubes.

Nous sommes donc en droit, en ce qui concerne nos malades, d'affirmer que chez les eczémateux la motilité et l'absorption gastriques sont le plus souvent diminuées.

L'épreuve du salol, pratiquée plusieurs fois, a confirmé ces données, en nous montrant le retard souvent très marqué que présentait le passage de l'acide salicylurique dans l'urine ; plusieurs fois nous n'avons pu obtenir la coloration violette par le perchlorure de fer ; qu'au bout d'un temps supérieur à une heure et demie.

L'épreuve inverse, ou procédé de Huber, qui consiste à rechercher, non plus le moment d'apparition de la coloration violette, mais le moment où elle cesse de se produire, nous a donné des résultats concordants.

Enfin, la palpation, en nous permettant de constater, dans la majorité des cas, du clapotage indice d'une paroi gastrique qui se contracte mal sur son contenu, est venue encore corroborer les résultats.

Nous formulerons donc fermement la conclusion suivante :

Chez les eczémateux la motilité et l'absorption gastrique sont diminuées.

Nous ne croyons pas devoir étendre plus loin nos déductions. Robin et Leredde ont insisté sur la dilatation d'estomac chez les eczémateux ; nous ne pouvons affirmer qu'il s'agisse réellement de dilatation ; nous l'avons rarement constatée chez nos malades, et nous serions plutôt porté à croire que, dans les cas que nous avons observés, il s'agissait plutôt d'atonie gastrique que de dilatation vraie.

Un fait que nous devons signaler et qui nous a paru très habituel, c'est la tolérance parfaite de l'es-

tomac, vis-à-vis des fermentations; nos malades ont présenté rarement des troubles gastriques marqués; le plus souvent, quand on les faisait préciser, ils accusaient des malaises, un peu de pesanteur après les repas, mais sans vomissements, sans douleurs véritables.

Un autre fait intéressant, mais sur lequel nous ne voulons pas être trop affirmatif, en raison du petit nombre de documents que nous possédons sur ce point particulier, est la constatation que nous avons faite, dans plusieurs cas, de la sédation des phénomènes gastriques par l'apparition d'une poussée eczémateuse; notre observation I et l'observation de la femme V. salle Sainte-Agnès numéro 16, celle de la veuve M. . . plaident dans ce sens.

M. le Dr Dron, ex-chirurgien-major de l'Antiquaille, nous a dit lui-même avoir constaté fréquemment l'alternance des phénomènes gastriques et des poussées eczémateuses.

Nous ne croyons pas, d'ailleurs, qu'il y ait là, rien de spécial à l'eczéma, nous avons constaté très nettement le même fait dans un cas de pityriasis rosé que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Gailleton. Si ces faits ne sont pas de pures coïncidences (et nous ne saurions l'affirmer) ils s'observent d'une manière générale pour plusieurs dermatoses.

Telles sont les conclusions générales que nous pouvons tirer de nos observations.

Nous allons essayer maintenant d'exposer en quel-

ques lignes la symptomatologie générale du syndrome dyspeptique des eczémateux et nous terminerons par quelques considérations sur le régime de la thérapeutique qu'il convient d'instituer chez ces malades.

CHAPITRE IV

§ 1. — Syndrome dyspeptique des eczémateux

Il répond à deux types cliniques, d'ailleurs très voisins, dont l'un n'est souvent que le prélude de l'autre : l'atonie gastrique, la dilatation de l'estomac.

L'atonie gastrique peut être primitive; il en est ainsi souvent chez les individus qui, pendant de longues années, se sont suralimentés.

La surcharge alimentaire, l'ingestion répétée de grandes quantités de liquides imposent à l'estomac un excès de fonctionnement qui se traduit par sa fatigue ultérieure. L'abus du régime lacté est souvent une cause efficace.

C'est par ce mécanisme, sans doute, que se crée l'insuffisance gastrique des nourrissons et des enfants. Marfan a signalé, nous tenons à le rappeler,

les mauvais effets de l'alimentation trop copieuse, chez les nourrissons. Il considère les tétées trop fréquentes et trop abondantes comme prédisposantes aux poussées eczémateuses par suite de l'insuffisance digestive qu'elles arrivent à créer. Il en est de même, chez l'adulte, des excès alimentaires de toutes sortes.

L'usage excessif du tabac, peut être quelquefois également incriminé. M. Bouveret signale la fréquence de l'insuffisance gastrique chez les grands fumeurs. Un de nos malades fumait pour plus de cinquante centimes de tabac par jour.

Chez les adultes, l'atonie gastrique est surtout secondaire, elle succède ou s'associe à la plupart des maladies de l'estomac. Dans plusieurs de nos observations, nous avons noté un état gastrique antérieur qui paraît se rapporter à l'hyperchlorhydrie.

Un bon signe, facile à constater de l'insuffisance gastrique est la prolongation insolite et la production facile du bruit de clapotage pendant toute la période digestive.

Dans plusieurs de nos observations, nous avons constaté le bruit de clapotage.

Beaucoup d'atonies sont entièrement latentes, les troubles fonctionnels font défaut et, s'il y a atonie sans dilatation, le malade ne présente en général aucun vomissement; il en était ainsi dans la plupart de nos observations.

L'appétit peut être normal, il est souvent diminué. Après le repas, surtout s'il est copieux, les ma-

lades présente quelques troubles légers, sensation de poids, de tension, de plénitude à l'épigastre.

Ils ont souvent des éructations, parfois quelques régurgitations. La constipation est très commune : elle constitue pour ainsi dire la règle. Dans nos observations, nous avons rencontré ces troubles avec une fréquence toute particulière.

La dilatation de l'estomac s'accompagne des mêmes symptômes, plus accentués ; en outre, l'estomac ne se vide jamais complètement, les vomissements sont rares et abondants. Le tympanisme gastrique est très augmenté et s'étend plus ou moins bas, au niveau et même au-dessous de l'ombilic.

Dans l'une et l'autre affection, la sonde, introduite, au bout d'un temps déterminé, après un repas d'épreuve, extrait une quantité de bouillie stomacale, plus ou moins abondante et toujours plus marquée qu'à l'état normal.

Ce qu'il faut retenir c'est que, très souvent, atonie gastrique et dilatation de l'estomac, quand celle-ci n'est pas très marquée, restent absolument latentes. Ces états doivent être recherchés. Comme le dit Bouchard : « L'atonie gastrique et la dilatation d'estomac sont des affections qui ne crient pas ».

Dans ces estomacs atones ou dilatés, les fermentations anormales n'occasionnent pas l'indigestion gastrique. Gilbert et Dominici ont montré que l'acide lactique à haute dose entrave d'abord le travail chimique de l'estomac, il lui permet ensuite de s'effectuer peu à peu, si bien qu'au bout de la 3^e heure, il atteint à peu près le point où le conduit en une heure le pro-

cessus physiologique. Ultérieurement, il se parachève entièrement et l'intestin reçoit de l'estomac, comme à l'état normal, le bol alimentaire sous forme de chyme.

Ces expériences nous expliquent pourquoi nos malades, tout en présentant des fermentations digestives constantes, n'offraient aucun trouble digestif appréciable.

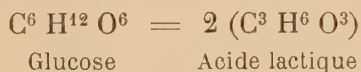
Puisque nous en revenons à ces acides de fermentation que nous avons observés chez tous nos malades, nous allons dire quelques mots de leur origine. Ce point est particulièrement important pour le traitement.

L'Acide lactique : $C^3 H^6 O^3$, prend naissance :

1° Aux dépens du lait ou des matières qui en contiennent, crème, fromages, etc, par le simple processus de l'acidification.

2° Par la transformation des hydrates de carbone et des glucoses.

La formule du glucose nous montre de suite le lien qui l'unit à l'acide lactique.



Il se produit donc un simple dédoublement ; le pain en particulier, dont la digestion stomacale détermine la production du glucose, entraîne parfois la formation d'acide lactique.

Il faut, en plus, spécifier les conditions dans lesquelles peut naître l'acide lactique.

La chimie enseigne que l'acide lactique se produit par deux moyens différents :

1° Directement, par décomposition ou dédoublement physique ;

2° Indirectement, par fermentation d'éléments figurés.

Dans un estomac dilaté ou même simplement atonique où les aliments séjournent plus longtemps, les acides de fermentation peuvent apparaître par l'un de ces deux processus précédemment indiqués. Et il n'y a pas là simplement un intérêt théorique, mais un point de vue pratique à envisager : le traitement devra varier en effet suivant le processus d'où naît l'acide de fermentation. S'agit-il de genèse par fermentation d'éléments figurés, ce sera l'antisepsie stomacale qu'il faudra instituer avec les règles que nous en donnerons plus loin. S'agit-il, au contraire, de fermentation par dédoublement chimique, le traitement à instituer sera surtout le régime qui éliminera de l'alimentation les substances susceptibles, par dédoublement, de donner de l'acide lactique, c'est-à-dire les hydrates de carbone, les glucoses, etc. ; d'autre part, par l'ingestion d'alcalins, on s'efforcera de neutraliser en masse les acides formés, et de prévenir l'acidification du lait.

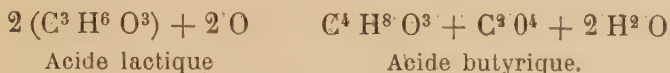
Acide butyrique. — Ses facteurs de production les plus communs sont :

Le beurre.

Certaines graisses.

L'acide lactique.

La formule suivante montre comment l'acide lactique peut donner naissance à l'acide butyrique.



Ce que nous avons dit des conditions de production de l'acide lactique s'appliquant absolument à l'acide butyrique, nous n'y reviendrons pas.

L'acide lactique et l'acide butyrique sont les deux acides de fermentation rencontrés le plus fréquemment dans les dyspepsies liées aux dermatoses. Un 3^e acide s'y rencontre quelquefois : l'*acide acétique*.

Sa genèse est la même que celle des deux précédentes. Il tire son origine de l'alcool du vin puis de l'acide lactique.

Il est à remarquer que ces diverses fermentations qui transforment l'acide lactique en acide butyrique ou acétique dégagent de l'acide carbonique, qui peut expliquer le ballonnement dont se plaignent les sujets.

§ 2. — RÉGIME ET THÉRAPEUTIQUE INTERNE DE L'ECZÉMA

Des considérations qui précèdent, il résulte que le traitement local n'a, le plus souvent, que des effets insuffisants, et qu'il faut lui adjoindre un traitement interne dont nous allons, brièvement, donner les grandes lignes, en les empruntant au traité de thérapeutique de Robin :

Nous avons suffisamment insisté, au cours de ce travail, sur les précautions alimentaires dont il faut

user vis-à-vis des nourrissons et des enfants, pour n'y pas revenir.

Un régime et une diète réglés s'impose chez tous les eczémateux ; il y a souvent avantage à diminuer l'alimentation carnée, à ne donner de la viande qu'à un seul repas ; à restreindre le total des aliments ingérés chaque jour et à augmenter la dépense physique.

La connaissance de certaines idiosyncrasies vis-à-vis de certains aliments, conduit à rejeter de l'alimentation ces substances nocives. A ce point de vue, ce sont les susceptibilités individuelles qui devront guider le médecin. Ce n'est pas que l'eczéma, comme l'urticaire soit susceptible de naître sous l'influence d'aliments particuliers, accidentellement introduits. Mais l'ingestion habituelle de certaines substances alimentaires, arrive à la longue à créer des tares gastriques ; dès lors, l'individu devenu un dyspeptique sera en imminence d'eczéma.

D'une manière générale, les aliments dans la préparation desquels entrent largement les acides, les épices, le sel sont nuisibles. Les gibiers faisan-dés, les viandes noires devront être évités. L'usage habituel de l'alcool prédispose à l'eczéma par les troubles gastriques qu'il engendre.

La vie recluse, sédentaire, le surmenage, etc., préparent l'imminence morbide. L'aération, l'exercice modéré, l'hygiène corporelle et physique en activant à la fois le processus digestif et les fonctions cutanées auront les meilleurs effets.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique médicamenteuse.

On trouvera, dans le traité de thérapeutique de Robin, tous les renseignements à cet égard.

L'usage des amers, le bicarbonate de soude donné à faibles doses, et une demi-heure avant le début du repas, pour stimuler la sécrétion chlorhydrique, donneront souvent de bons résultats.

Enfin, on cherchera à diminuer les fermentations digestives : le régime et l'antisepsie gastro-intestinale répondent à cette importante indication.

CONCLUSIONS

L'eczéma vrai est le plus souvent une affection d'origine interne.

2° Dans la recherche des causes de l'eczéma, il faut accorder une importance toute particulière aux troubles de l'alimentation à l'état des fonctions digestives. Depuis longtemps, les auteurs ont insisté sur ce point, mais peu d'entre eux ont cherché à vérifier quel est l'état habituel de l'estomac chez les eczémateux.

3° La clinique seule ne donne que des résultats incomplets. L'état gastrique est souvent latent : cependant, dans la majorité des cas, un interrogatoire minutieux permet d'apprécier que les eczémateux représentent des types plus ou moins accentués de dyspepsies par hyposthénie gastrique.

4° L'exploration de l'estomac par la sonde doit toujours être pratiquée. Elle nous a permis de constater, dans presque tous les cas des altérations du chimisme, des troubles de la motilité et de l'absorption.

Le suc gastrique des eczémateux est le plus sou-

vent hypo-acide. L'acide chlorhydrique libre manque souvent ; l'acide chlorhydrique total est diminué. Les eczémateux sont donc, en général des hypo chlorhydriques. Ce sont de plus, des atoniques, parfois même des dilatés : leur motilité gastrique est diminuée, l'absorption, ralentie. Mais, surtout, ils présentent des fermentations : l'acide lactique est en proportion notable ; les acides butyrique et acétique, produits tout-à-fait anormaux, se rencontrent également.

5° Ces résultats entraînent des conséquences thérapeutiques. Le traitement ne devra pas se borner à la seule médication locale : il devra être pathogénique et s'adresser à l'état des fonctions digestives. Les erreurs et les perversions alimentaires étant souvent le facteur principal des poussées eczémateuses, il conviendra avant tout de surveiller attentivement le régime alimentaire. L'hygiène physique qui est si souvent une condition de la bonne digestion, ne devra pas être négligée.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GAILLETON.

Vu :

Le Doyen,
LORTÉT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 juillet 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- WILLAN. — On cutaneous diseases, 1808.
- BATEMAN. — A practical synopsis of cutaneous diseases, according to the arrangement of Willan, 1819.
- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, 1835.
- STOLL. — *Ratio medendi*.
- RAYER. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1835.
- GIBERT. — Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, 1860.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées d'origine anthritique et dartreuse.
- HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau rédigées par le Dr Moysant, 1860.
- HARDY. — Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, 1886.
- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau. Traduction française du Dr Doyon. Paris, 1872.
- BEAU. — Traité des dyspepsies. Paris, 1866.
- E. WILSON. — On disease of the skin. A system of cutaneous medicine.
- E. WILSON. — Lectures on ekzema and ekzematous affections, 1870.
- TILBURY FOX. — Skin diseases, 1873.
- DUNCAN-BULKLEY. — On the management of infantile eczema, 1830.
- JAMIESON. — Diseases of the skin, 1899.
- DUHRING. — Cutaneous medicine a systematic treatise on the disease of the skin.

- BESNIER. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892.
- BESNIER. — Traitement de l'eczéma. — *Traité de thérapeutique* de Robin.
- BRUNON. — *Normandie Médicale*, 1888.
- GRELLETY. — De l'eczéma et de son traitement. *Société de Médecine et de Pharmacie de la Haute-Loire*, 1886.
- LELOIR. — *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1890-1891.
- TENNESON. — Considérations générales sur l'eczéma. *Annales de Médecine scientifique et pratique*, 1892.
- AMAT. — De l'eczéma curateur. *Gazette Médicale de Paris*, 1890.
- GAUCHER. — Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1889-1890.
- BROCCQ. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1891-1896-1900. — *Gazette des Hôpitaux*, 1893. — 2^e Congrès international de Dermatologie de Vienne, 1892.
- LALLIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1893.
- MILLON. — *Médecine Infantile*, 1894.
- ROBIN et LEREDDE. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1899.
- BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications. *Traité de Pathologie générale*.
- UNNA. — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1890.
- UNNA. — L'eczéma séborrhéique. — Traduction française du Dr Ménahem Hodara. *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1894.
- UNNA. — *Berlin. Klin. Wochens.*, 1893.
- TOROK. — *Archiv. für Dermat. und Syphilig.*, 1890.
- Ch. AUDRY. — *Midi Médical*, 1893. — *Annales de Derm. et de Syphilig.*, 1894. — *Annales de Derm. et de Syphilig.*, 1899.
- SABOURAUD. — *Annales de Derm. et de Syphilig.*, 1899.
- ROBIN. — *Traité de Thérapeutique*.
- GILBERT. — *Société de Biologie*, 1893.

Thèses

- Thèse de Morin, Paris 1893.
- Thèse de Janin, Paris 1883.
- Thèse de concours de Raymond, 1878.
- Thèse de Mitour, Paris 1897.

